PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM IV. ZESZYT I. STYCZEŃ. LUTY. 1911.

PRACE ORYGINALNE.

Współczesna aseptyka i antyseptyka operacyjna

podał

M. W. HERMAN.

Volkmann[1]), najgorliwszy popularyzator listerowskiego sposobu opatrywania ran w Niemczech, pisał w r. 1882: „Do niedawna jeszcze chirurg, kończący jakąś krwawą operacyę, podobny był do rolnika, który, uprawiwszy i zasiawszy rolę, „z niepokojem i rezygnacyą oczekiwał zawsze niepewnego żniwa, bezsilny i bezradny wobec grożących mu burz, deszczów „i gradów. Dziś chirurg jest fabrykantem, od którego wymaga „się tylko dobrego towaru!"

Podobnie pisał w r. 1892 Schimmelbusch[2]): „W leczeniu „ran nie można już mówić o szczęściu lub nieszczęściu, gdyż „los chorego spoczywa w ręku tego, który go operował i opatrywał".

[1]) Die moderne Chirurgie. Samml. klin. Vortr. 1882.
[2]) Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung. Berlin, 1892.

I jakkolwiek każdy niemal rok, który potem nastąpił, upamiętniał się jakąś zdobyczą w nauce o czystości w chirurgii, to przecież i dziś żaden chirurg nie może gwarantować za wynik operacyi, nawet pod względem aseptyki, z pewnością uczciwego fabrykanta, i tylko o szczczęściu mówić może ten, komu uda się wyleczyć większą liczbę operowanych bez zakaźnych powikłań operacyjnych, spowodowanych jedynie doskonałością współczesnej aseptyki i antyseptyki. Lanz [3]), trawestując znane przysłowie, powiada „cherchez la main“ (rozumie się: chirurga) w każdym przypadku zropienia rany aseptycznej. Zdaje się, że prawdę mówi, gdyż wobec sumiennego postępowania inne źródła zakażenia są mniej prawdopodobne.

Zakażenie z powietrza w ścisłem tego słowa znaczeniu wchodzi w rachubę jedynie w specyalnych zakładach chirurgicznych. Bo tylko tam znaleźć się mogą na drobinach pyłu, zawieszonego w powietrzu, drobnoustroje chorobotwórcze dostatecznie jadowite, aby zdołały nawet w małej liczbie i w tkankach o prawidłowej odporności wzniecić sprawę zakaźną. Natomiast w prywatnych mieszkaniach chorych, w których zazwyczaj niema drobnoustrojów jadowitych, możliwość zakażenia z powietrza jest zgoła nieprawdopodobna [4]). O ile zatem wszelkie poza zwykłą miarę wykraczające oczyszczenie pokoju i przygotowanie go do operacyi w mieszkaniu prywatnem nazwąć można conajmniej syzyfową pracą, to najdalej posunięte ostrożności w zakładach publicznych nie mogą być uważane za przesadę. Lecz inna odmiana zakażenia z powietrza grozi w równym stopniu w szpitalu, jak i w mieszkaniu chorego. Chodzi o drobnoustroje, które spaść mogą do rany z zarostu, nosa, ust lub odzieży operującego i pomocników. Lecz wyjałowiony chałat i odpowiedni welon, osłaniający głowę i twarz operujących, stanowią wystarczającą pod tym względem ochronę.

Potrafimy też unieszkodliwić następne źródło zakażenia — przez wszczepienie do rany drobnoustrojów na podwiązkach lub szwach. Kocherowskie „fort mit dem Katgut!“ powtarza za autorem wielu chirurgów. Rzecz pewna, że jedwab możemy

---

[3]) Zur Vereinfachung der Hautdesinfection. Zntr. f. Chir. 1910, № 25.

[4]) cf. Rydygier L. Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. Medycyna, 1898, № 53.

łatwiej wyjałowić, niż strunę, lecz oba rodzaje nici doprowadzić możemy do bezwzględnej jałowości, oczywiście z zachowaniem ich własności fizycznych. Kiedy jednak jałowe podwiązki strunowe wgajają się i wchłaniają bez odczynu, to takie same podwiązki jedwabne, niekiedy bez uchwytnej przyczyny, wydostają się przez ropienie z blizn po ranach, wygojonych przed miesiącami przez rychłozrost. A że się to częściej zdarza, niżby zwolennicy jedwabiu przyznać radzi, dowodzi głośny protest, z jakim spotkał się na XXXVII Zjeździe chirurgów niemieckich Heidenhain [5]), kiedy twierdził, że, używając od 10 lat wyłącznie tylko jedwabiu do podwiązek i szwów zapuszczonych, ani razu nie widział, aby jedwab wyropiał. Wierny zasadom, wyniesionym ze szkoły rydygierowskiej, zasadniczo używam struny, wyjątkowo tylko judwabiu. Struna jodowa Claudiusa jest materyałem niezawodnym. Kolegom, którzy nie są w tem szczęśliwem położeniu, aby spotrzebowywali strunę w krótkim czasie i w większych ilościach, zalecić mogę praktyczny sposób przygotowywania struny jodowej, który widziałem u Schramma. Nić strunową, zwiniętą w pierścień, pakuje się w kopertkę z bibuły szwedzkiej. Kopertki zanurza się na 8 dni do znanego rozczynu jodowego, poczem ostrożnie wyjmuje się je i suszy na rozłożonych arkuszach bibuły. Strunę, w ten sposób przygotowaną, przechowywać można w stanie aseptycznym nieskończenie długo bez zmiany jej zalet fizycznych. Natomiast struna, przechowywana stale w rozczynie jodowym, wkrótce kruszeje. Nadto przenoszenie suchej struny z miejsca na miejsce jest znacznie wygodniejsze, niż przenoszenie jej w naczyniach szklanych z płynem.

Każda jednak podwiązka, choćby z najidealniejszego materyału, ułatwia przypadkowym drobnoustrojom rozwój ich w ranie. Tkanka, zasznurowana podwiązką, obumiera i wobec drobnoustrojów zachowuje się zupełnie biernie. Zatem próby zastąpienia podwiązek zgniataniem naczyń zasługują na uwagę. Reklamowane kleszczyki Blunka są ostatnim wyrazem usiłowań w tym kierunku. Na podstawie własnego doświadczenia nie mogę nic powiedzieć o ich wartości, wiem jednak, że odpowie-

---

[5]) Verhadl. d. deutsch. Gesell. f. Chir. XXXVII Congr. Berlin, 1908, str. 79.

dnie próby w lwowskiej klinice chirurgicznej niezupełnie przemawiają na ich korzyść.

Natomiast na polecenie zasługują klamerki Michela do powierzchownego szwu skórnego. Kilka razy widziałem, że tylko w tych okolicach rany był naciek zapalny, gdzie założyłem przez całą grubość skóry przenikający szew sytuacyjny, zresztą tam, gdzie były klamerki, rana goiła się bez odczynu.

Zakażeniu rany przez dotknięcie zapobiegamy na pewno tylko o tyle, o ile chodzi o dotknięcie przedmiotami martwymi. Narzędzia bowiem, waciki, gaziki i serwety wygotowane w wodzie lub wyjałowione w parze nie pozostawiają żadnej wątpliwości pod względem czystości. Nikt nie zaprzeczy, że wyjaławianie w wodzie wrzącej jest pewniejsze, niż w sterylizatorach parowych, pracujących pod zwykłem ciśnieniem a co ważniejsza, bez porównania prostsze i dostępne dla każdego lekarza, każdej chwili i na każdem miejscu. Ten jednak sposób wyjaławiania wacików i serwet pozostaje w pewnej sprzeczności z naszymi sposobami odkażania skóry ludzkiej.

Kiedy bowiem przekonano się, że żadnym z dotychczas znanych sposobów nie potrafimy ze skóry ludzkiej usunąć wszystkich pasożytujących na niej i w niej drobnoustrojów, spróbowano, czy nie wystarczy unieruchomienie ich, a raczej ustalenie w skórze? Pierwszą próbą w tym kierunku jest Doederleina gaudanina. Lecz dopiero Heussner postawił sprawę jasno i, świadomy celu, zalecił do mycia pola operacyjnego i rąk benzynę jodową, z późniejszym już dodatkiem parafiny płynnej. Tę oryginalną myśl takiego ustalenia drobnoustrojów w skórze, aby one nie mogły przejść do rany, zpopularyzowały prace Schumburga [6]), Brunna [7]), Herffa [8]) i ostatecznie Grossicha [9]).

Zwykliśmy niemal jednym tchem wymawiać: pole operacyjne i ręka chirurga, jakkolwiek już Schimmelbusch [10]) pisał: „Ręce lekarza..... powinny uledz daleko gruntowniejszemu odka„żeniu, aniżeli skóra chorego..... gdyż przez ciągłe zajmowanie

---

[6]) Die Händedesinfection nur mit Alkohol. D. med. Woch. 1908, № 8.
[7]) Ueber neuere Bestrebungen etc. Münch. med. Woch. 1908, № 17.
[8]) Ein Jahr gynäkologischer Desinfection etc D. med. Woch. 1909.
[9]) Eine neue Sterilisierungsmethode etc. Zntrbl. f. Chir. 1908.
[10]) Przewodnik do aseptycznego leczenia ran. Warszawa, 1892, str. 49.

„się ropnymi i zapalnymi wytworami daleko więcej choroboi„twórczych szkodliwości dostaje się na nie i osiada na ich po„wierzchni, aniżeli na innych przedmiotach. Niewątpliwie wie„my wszyscy o tem, lecz wygląda tak, jakbyśmy sobie z tego „nie zupełnie dokładnie zdawali sprawę“.

Pomijając szczególne warunki, zwykle pole operacyjne nie wiele pozostawia do życzenia pod względem aseptyki i zwykle tylko nieliczne drobnoustroje zanieczyszczają je i to obojętne, a jeżeli nawet chorobotwórcze, to o bardzo małej jadowitości. Dzięki temu rany przypadkowe, zwłaszcza cięte, niezakażone następowo, szczelnie zaszyte po powierzchownem oczyszczeniu, okazują zadziwiającą skłonność do gojenia się przez rychłozrost. Na tem polega paradoksalne zjawisko, że z dwóch chirurgów, operujących równie aseptycznie, ten do niedawna osiągał łatwiej rychłozrost idealny, który nie tak sumiennie szorował szczotką lub wiórami pole operacyjne, jak własne ręce. Najlepszym zaś dowodem małego niebezpieczeństwa zakażenia rany z pola operacyjnego jest w mojem przekonaniu najpopularniejszy chyba dziś sposób Antonia Grossicha odkażania tegoż nalewką jodową. O sposobie tym nietylko na podstawie piśmiennictwa, ale opierając się na własnem doświadczeniu, mówić mogę tylko dobrze. Odkaża bowiem pole operacyjne conajmniej w tym stopniu, jak najlepsza z metod dawnych, i to w sposób wygodny dla lekarza i miły dla chorego, którego wyzwala od tortur kilkunastominutowego szorowania szczotką lub wiórami, i nie naraża go na niebezpieczeństwa, pochodzące z oziębienia przez zlewanie strumieniami wody. Lecz ceniąc zdobycze minionych lat, tam gdzie nic nie nagli, przygotowuję po staremu pole operacyjne już w przeddzień operacyi. Po kąpieli oczyszczającej, w zwykły sposób zgalam pole operacyjne, mydła jednak nie zmywam wodą, lecz ścieram gazikami, maczanymi w absolutnym wyskoku. Po dokładnem wytarciu pola operacyjnego tym samym wyskokiem, przykrywam je suchą wyjałowioną gazą. Opatrunek ten zdejmuję dopiero na stole operacyjnym, kiedy chory poczyna już usypiać. Teraz nacieram pole operacyjne w szerokich granicach nalewką jodową, a tuż przed wzięciem noża do ręki raz jeszcze, lecz tylko wzdłuż linii cięcia.

Nie miałem sposobności wypróbowania innych sposobów,

zalecanych do odkażania pola operacyjnego, wnosząc jednak ze znanego o nieznanem, mniemam, że równie dobre wyniki osiągnąć można, odkażając je alkoholem czystym (v. Brunn) lub wyskokiem absolutnym z dodatkiem 5% taniny (Zabłudowski) [11]. Ostatecznie wnioskuję, że tym lub owym środkiem potrafimy pole operacyjne o tyle odkazić, iż niebezpieczeństwo zakażenia rany z tej strony sprowadzić potrafimy ad minimum. A to tem łatwiej, że całe pole operacyjne osłonić możemy dokładnie wyjałowionemi serwetami, przypinając je odpowiedniemi kleszczykami do brzegów skórnych rany.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa odkażania rąk chirurga. Najostrożniejszy i najbardziej przewidujący chirurg nie zdoła uniknąć zetknięcia się tychże z materyałem zakażonym. Stąd w skórze rąk naszych pasożytują stale drobnoustroje o dużej jadowitości, przyuczone już do staczania skutecznych walk z siłami odpornemi ustroju. A w zawsze zgrubiałym i popękanym naskórku znachodzą one doskonałe dla siebie kryjówki i warunki bytu.

Kreśląc przed 10 laty „Uwagi i myśli w sprawie postępowania bezgnilnego i przeciwgnilnego w chirurgii“ [12], a w rok później pisząc o „Aseptyce rąk w klinice Rydygiera“ [13]) podkreśliliśmy wyraźnie, że dla aseptyki rąk chirurga równie ważna jest ich kosmetyka i postępowanie zapobiegawcze, jak i odkażanie bezpośrednie przed operacyą. Już wówczas powtarzaliśmy tylko rzeczy znane, boć ważność zapobiegania oceniał należycie jeszcze w r. 1846 Semmelweiss i wiedział, że bezpieczniej jest palca wogóle nie zanieczyszczać, niż zanieczyszczony dopiero odkażać. Również od dawna wiedziano, że łatwiej odkazić skórę dziecka lub kobiety, niż mężczyzny. Te jednak znane fakty uznane zostały pewszechnie dopiero po ogłoszeniu odpowiednich prac Haeglera [14]). A z tych uznanych przesłanek wynika ten wniosek logiczny przedewszystkiem, że każdy sposób odkażania rąk, nie uwzględniający dostatecznie ich kosmetyki, jest nieodpowiedni. Dlatego nie rozpowszech-

---

11) Zur Hautdesinfectionsfrage. Ztrbl. f. Chir. 1910, № 8.
12) Nowiny lekarskie. 1900.
13) Przegląd lekarski. 1901.
14) Händereinigung, Händedesinfection, und Händeschutz. Basel, 1900.

niła się gaudanina, chirosoter, dermagummit i inne podobne, dlatego krytykują benzynę jodową Heussnera, dlatego metoda Grossicha może być zastosowana tylko do odkażania pola operacyjnego, a nawet dawno przed Grossichem zalecane przez Roux'a zanurzanie tylko końców palców u rąk już odkażonych w nalewce jodowej nie wielu znalazło zwolenników. Przeto z ostatnich metod odkażania rąk przez ustalenie drobnoustrojów w skórze na uwagę zasługuje jedynie odkażanie bezwodnym alkoholem. W bieżącem piśmiennictwie utarł się zwyczaj nazywania tego sposobu metodą Brunna, zwyczaj, krzywdzący conajmniej trzech autorów, bo Braatza (1893) [15]), Reinickiego (1894) [16]) i Schumburga (1907), którzy zgodnie stwierdzali, że wyskok absolutny, obok małych własności odkażających, w wybitnym stopniu garbuje skórę i unieruchomia w niej drobnoustroje. Ależ ci autorowie, a zwłaszcza ostatni z nich, twierdzą, że wstępne mycie rąk mydłem i wodą nietylko jest bezcelowe, ale i szkodliwe, gdyż rozpulchniony naskórek opiera się potem garbującemu działaniu wyskoku. Powiedzenie to, jakkolwiek brzmi bardzo modernistycznie dla ucha chirurga, który przywykł do sposobu Fuerbringera lub Ahlfelda, nie jest przecież zupełnie nowe. Wszakżeż już w r. 1882 Watson Cheyne [17]) uważał mycie mydłem i wodą za niepotrzebny zbytek, ufając bezwzględnie drobnoustrojobójczym własnościom kwasu karbolowego. Ponieważ jednak po wygarbowaniu skóry rąk naszych wyskokiem absolutnym gruczoły potowe i łojowe są czynne nieprzerwanie, ponieważ w ciągu operacyi ręce nasze stykać się muszą z wilgotnemi tkankami rany, z broczącą krwią lub innymi płynami, i ponieważ pod wpływem tych czynników naskórek zostaje z powrotem rozpulchniony, z powrotem otwarta zostaje dla bakteryi droga z głębi skóry na jej powierzchnię, a stąd do rany, nie mogę do metod, ustalających drobnoustroje w skórze, odnosić się z takiem zaufaniem, z jakiem wyrażają się o nich ich autorowie. Rozumowanie to opiera się na pra-

---

[15]) Grundlagen der Aseptik. Berlin, 1893.

[16]) Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände. Ztrbl. f. Gynäkol. 1894, str. 1189.

[17]) Cytow. wedle V. Manningera: Der Entwickelungsgang der Antiseptik und Aseptik. Breslau, 1904.

cach doświadczalnych lat dawniejszych. Wszakżeż Gottstein [18]), myjąc ręce sposobem Fuerbringera, po drugim akcie, t. j. po wytarciu wyskokiem, nie znachodził na powierzchni rąk drobnoustrojów, lecz z tych samych rąk po trzecim akcie, t. j. po obmyciu ich ciepłym sublimatem, wyhodowywał z powrotem liczne kolonie. Z ówczesnych badań wiadomo również, jak trudno w ciągu operacyi utrzymać odkażone ręce na koniecznym stopniu czystości, chociaż dotykamy się tylko przedmiotów wyjałowionych i aseptycznej rany. A że doświadczenie ostatnich lat nie skłoniło nas do zmiany zapatrywań na wartość rękawiczek operacyjnych [19]), i jak przed 10 laty, tak i dziś powtarzamy: „...zgoda na rękawiczki, jednak z tą małą poprawką, by chirurg używał ich wszędzie i zawsze, byle nie podczas operącyi" (lecz dziś tem śmielej, że w kilka lat później także i Kocher [20]) powiedział: „Man solle die Handschuhe zwischen den Operationen tragen und sie bei Beginn der Operation ausziehen!"), przeto mniemamy, że za najodpowiedniejszy sposób odkażania rąk uważać należy i nadal wypróbowaną metodę Ahlfelda z bardzo pilnem, kilka minut trwającem wycieraniem rąk wyskokiem, zabarwionym nalewką jodową. Skoro w ciągu operacyi ręce odgarbują się, do rany przedostaną się nieliczne tylko drobnoustroje t. j. te, których poprzedniem dokładnem myciem nie potrafiliśmy ze skóry usunąć i to z warstw głębszych, a więc drobnoustroje, które, pasożytując dłuższy czas w warunkach dla siebie niezbyt korzystnych, utraciły już częściowo swą pierwotną jadowitość. W rękawiczki niciane ubrać możemy podającego suche narzędzia i nawlekającego szwy, gumowych zaś używajmy zawsze do zmiany opatrunków, zwłaszcza ropnych i do przecinania niepowikłanych ropni i ropowic.

Historya rozwoju antyseptyki i aseptyki zdradza wyraźne okresy dwudziestoletnie. W r. 1846 zakomunikował Semmelweiss swe spostrzeżenia wiedeńskiej akademii umiejętności, w r. 1866 rozpoczyna Lister ogłaszać swe prace, w r. 1886 po-

---

[18]) Beitrage zur Bedeut. d. Operationshandschuhe. Beitr. z. klin. Chirurgie. T. XXV, Z. 2.

[19]) cf. L. Rydiger. Przyczynek do aseptyki rąk podczas operacyi. Nowiny Lekarskie. 1904, № 12.

[20]) Chirurgische Operationslehre. Jena, 1907, str 104.

częto w klinice Bergmanna opracowywać systematycznie nowoczesną aseptykę, wreszcie około r. 1906 rozpoczyna się odwrót czystej aseptyki, powrót do częściowej antyseptyki i ów nowy prąd w zapatrywaniach na odkażalność skóry ludzkiej, którego ostatnim wyrazem jest t. z. metoda Brunna dla rąk, a Grossicha dla pola operacyjnego. Co przyniesie następne dwudziestolecie? Jeżeli nie znajdzie się sposób, którypy gwarantował pewniejszą aseptykę rąk naszych, zmieni się może technika operacyjna i nauczymy się, jak tego dawniej już domagał się Koenig, operować wyłącznie narzędziami, nie dotykając rany zgoła palcami

Z oddziału chirurgicznego D-ra Władysława Stankiewicza w szpitalu Ewangielickim w Warszawie.

Odkażanie skóry w zabiegach operacyjnych za pomocą jodyny

podał

WŁ. FILIPOWICZ

asystent oddziału.

Wyjaławianie narzędzi, materyałów do szycia i opatrunków dosięgło wysokiego stopnia doskonałości. Pozostały dwie dziedziny, w których do ostatnich czasów istniały duże braki — są to ręce chirurga i skóra pola operacyjnego. Wprowadzenie rękawiczek gumowych prawie rozstrzygnęło sprawę czystości rąk. Sprawa wyjaławiania skóry pola operacyjnego czeka jeszcze na rozwiązanie. W ostatnich dwóch latach sprawa ta jest niezmiernie często poruszana na łamach pism lekarskich, zwłaszcza w piśmiennictwie niemieckiem.

Do bardzo niedawna powszechnie stosowano do odkażania skóry metodę Fürbringera: mycie szczotką mydłem i wodą, obmywanie wyskokiem lub eterem i wreszcie wycieranie roztworem sublimatu. Wielu chirurgów sposób ten zmodyfikowało. Tak—Mikulicz poleca spirytus mydlany, Schumburg, po uprzedniem myciu szczotką i mydłem, mieszaninę[1]) wyskoku, eteru i kwasu azotowego, wreszcie Lanz stosuje do ostatecznego odkażenia skóry 5% spirytus salicylowy. Następnie wielu chirurgów przed samym zabiegiem operacyjnym unika wody, używając zamiast niej — jodbenzynę [2]) (Heussner), wyskok 96% (Brunn),

[1]) Alcoholi 100,0 Aetheris sulfur. 50,0 Ac. nitrici 0,75.

[2]) Jodi puri 1,0 Benzini 750,0 Paraffini liquidi 250,0.

benzinoform (Wederhake), wyskok i aceton w równych częściach (Herff).

Oprócz chemicznego odkażania pola operacyjnego, różni autorowie polecają preparaty, mające na celu utworzyć fizyczną przeszkodę dla drobnoustrojów. Preparaty te, zastosowane po odkażeniu skóry, pokrywają pole operacyjne w postaci cienkiej, ściśle przylegającej do skóry, błonki. Do preparatów tych zalicza się gaudanina [1]) (Döderlein), parafinxylol [2]) (Menge), i chirosoter [3]) (Klapp i Dönitz).

Wspomnieć też tutaj należy o sposobie, polecanym w swoim czasie przez Lanza, według którego brzuch po dokładnem umyciu pokrywa się wyjałowioną serwetą i, robiąc cięcie skóry, przecina się jednocześnie serwetę; następnie brzegi rany łączy się czasowymi szwami z brzegiem serwety.

W 1908 r. Grossich podaje zupełnie nowy sposób wyjaławiania skóry.

Bezpośrednio przed operacyą chorego zupełnie się nie myje, tylko po ogoleniu na sucho jodynuje się pole operacyi przed rozpoczęciem uśpienia, drugi zaś raz tuż przed przecięciem skóry. Zasadniczą cechą tego sposobu jest unikanie wody i mydła bezpośrednio przed operacyą.

Grossich, a za nim szereg innych autorów, podają setki operacyi, dokonanych według wyżej opisanego sposobu, z doskonałymi wynikami.

Nowa metoda wzbudziła żywe zainteresowanie pośród chirurgów, w roku ostatnim nie ma chyba pisma, ani też posiedzenia chirurgicznego, gdzieby sprawa ta nie była omawiana.

W pracy swojej Grossich mówi, że rozpoczął od stosowania nalewki jodowej w przypadkach urazowych, zwłaszcza u robotników, gdzie, jak wiadomo powszechnie, trudno jest odmyć zabrudzone kończyny. Zaniechał on zupełnie mycia, stosując wyłącznie jodynę, i był nadzwyczaj zadowolony z otrzymywanych wyników. Na zjeździe w Budapeszcie Grossich podaje

---

[1]) roztwór gumy.

[2]) parafina, rozpuszczona w xylolu.

[3]) roztwór żywicy i wosku.

700 przypadków urazowych, gdzie otrzymał zupełne zagojenie po 7 — 10 dniach.

W tych 700 przypadkach było zaledwie 7% niepomyślnych. Zachęcony Grossich zaczął stosować jodynę w małych ambulatoryjnych operacyach, a wreszcie i wszystkie większe operacye zaczął wykonywać, wyjaławiając skórę chorych za pomocą jodyny. 500 większych zabiegów operacyjnych, dokonanych przy pomocy tej metody, nie dało ani jednego przypadku ropienia, mogącego być uważane, jako następstwo niedostatecznego odkażenia skóry. Przeciwnie, tam, gdzie ropienie występowało z głębi, skóra była zagojona przez rychłozrost.

Jednym z pierwszych, którzy zaczęli stosować metodę Grossicha, był König, który ją bardzo gorąco poleca. König szedł śladem Grossicha, i z początku stosował jodynę w przypadkach urazowych, przechodząc następnie do stosowania jej w operacyach. König przytacza 251 przypadków, z których 3 tylko zropiały. Dowodzi on, że staranne mycie pola operacyjnego szczotką i mydłem złuszcza powierzchowne warstwy naskórka, pobudza wydzielanie gruczołów skórnych i w ten sposób drobnoustroje, siedzące w głębi, wydobywają się na powierzchnię.

Po ogłoszeniu metody Grossicha zjawił się szereg spostrzeżeń klinicznych. Jedni, a tych jest większość, stosują metodę Grossicha ściśle według jego przepisu, drudzy zaś wprowadzają pewne zmiany. Według pierwotnego przepisu Grossicha ogłoszono ogółem wykonanych z górą 3000 aseptycznych operacyi z doskonałymi wynikami. Przekonywujące są zwłaszcza operacye przepuklin, gdzie, jak wiadomo, skóra jest najtrudniejsza do odkażania: Streitberger podaje 110 przepuklin, Brunn — 91, Grossich — 128 bez jednego ropienia. Co zaś do odmian sposobu, to Grekow i Nart-Kalb przed użyciem jodyny stosują obmywanie 96% wyskokiem, Bogdan obmywanie 1‰ jodbenzyną, Breuitt przed użyciem nalewki jodowej kładzie okład z formaliny, Mario-Donat z początku obmywa roztworem 10% T-ra Jodi w wyskoku, a w końcu 1% Jodu czystego w wyskoku, następnie Walther i Touraine stosują przed jodyną wycieranie eterem, wreszcie Jurgengel stosuje jod w postaci gazu. Wyżej przytoczeni autorowie wykonali około 2000 operacyi z bardzo dobrymi wynikami.

Zachęceni danemi z piśmiennictwa, zaczęliśmy szeroko stosować sposób Grossicha w oddziale, z początku po urazach i w drobnych zabiegach ambulatoryjnych, następnie we wszystkich operacyach aseptycznych.

Dla dokładnego ocenienia wartości tej metody pozwolę sobie rozpatrzyć ją z trzech różnych punktów widzenia: z punktu widzenia klinicznego, bakteryologicznego i histologicznego. Zaczniemy od punktu widzenia praktycznego. Z początku zaczęliśmy stosować jodynę w przypadkach urazowych — od pół roku prawie wszystkie te przypadki prowadzone były za pomocą zastosowania jodyny, z unikaniem mycia wodą i mydłem — wyniki były bardzo dodatnie, zagojenie następowało bardzo szybko, blizna wypadała ledwo widoczna. Postępowaliśmy w ten sposób, że w przypadkach ran, które bezpośrednio po wypadku dostawały się do oddziału, zamiast forsownego obmywania wprost jodynowaliśmy. Po dawniejszym sposobie mycia pewna część brudu z otaczających tkanek, pomimo jaknajstaranniejszego ochraniania, dostawała się do rany—obecnie nie myjemy skóry dokoła rany zupełnie, stosując tylko dwukrotne jodynonowanie; w razie zaś potrzeby szycia jodynujemy i linię szwów.

Gdy rana znajduje się na uwłosionych częściach ciała, wtedy i golenie odbywa się bez użycia wody i mydła, co w razie użycia dostatecznie ostrej brzytwy nie jest zbyt niemiłe dla pacyenta. O skuteczności tego traktowania ran urazowych mieliśmy możność przekonać się w 15-u przypadkach, spostrzeganych w oddziale i w ambulatoryum szpitala. Wyniki były bardzo dodatnie. Po 7—10 dniach następowało zupełne zagojenie prawie we wszystkich przypadkach. Wyjątek stanowiły te urazy, które zjawiały się do nas dopiero po pewnym przeciągu czasu, gdzie pierwsze opatrunki robione były po zastosowaniu zwykłego mycia; pomimo stosowania jodyny przez nas, wyniki w tych przypadkach były o wiele gorsze.

Obecnie jodynowanie bez uprzedniego mycia stosujemy we wszystkich urazach, nie wyłączając i złamań powikłanych, o ile tylko sami robimy pierwszy opatrunek bezpośrednio po wypadku. Sposób postępowania w urazach jest następujący: dwukrotne pędzlowanie 10% nalewka jodową zranionego miejsca w odstępie 5-io minutowym, następnie, w razie zeszycia,

jodynowanie linii szwów i wreszcie nałożenie opatrunku. Podczas każdej zmiany opatrunku jodynowanie powtarza się.

Z powodu doskonałych wyników od stosowania sposobu Grossicha w wypadkach urazowych, zaczęliśmy stosować ją i w drobniejszych operacyach ambulatoryjnych, a następnie i we wszystkich bez wyjątku operacyach aseptycznych.

Od 1 czerwca do 1 października r. b. w oddziale naszym wykonano 115 aseptycznych operacyi, z pomocą wyjałowienia skóry li tylko 10% nalewką jodową. Chory na 24 godzin przed operacyą dostaje kąpiel mydlaną, i w razie potrzeby bywa golony w zwykły sposób, w dzień zaś operacyi, bezpośrednio przed rozpoczęciem zabiegu, pole operacyjne bywa dwukrotnie jodynowane w 10 minutowym odstępie czasu, aż do nabrania przez skórę koloru mahoniu. Bezpośrednio po drugiem zajodynowaniu rozpoczynano cięcie. Po zaszyciu linia szwów jeszcze raz była jodynowana. Po tygodniu zdejmowano szwy. Chory zwykle już pozostawał bez opatrunku; jeszcze i wtedy stosowaliśmy jodynę; w razie zmiany opatrunku przed tygodniem z jakiegokolwiek bądź powodu — linia szwów była jodynowana.

W ten sposób były przeprowadzone wszystkie operacye bez jednego przypadku ropienia, który można by uzależnić od zakażenia skóry, przeciwnie nawet w jedynych trzech przypadkach, gdzie ropienie wystąpiło w głębi rany, skóra zagoiła się przez rychłozrost. W dwóch z tych przypadków jałowość skóry była stwierdzona za pomocą posiewów.

Podobne spostrzeżenia zagojenia skóry pomimo ropienia w głębi zrobili i inni autorowie—Knoke, Papaioannou, Grossich—przypadki te są uważane przez nich, jako jeden z dowodów doskonałej aseptyki skóry.

Nie spostrzegliśmy też ani razu pryszczycy, pomimo, że jodynowanie stosowane było w przepuklinach, wodniakach jądra i wogóle w operacyach w okolicy narządów płciowych, gdzie skóra jest niezmiernie wrażliwa i gdzie niektórzy autorowie (König, Breuitt) przestrzegają przed użyciem jodyny z obawy przed wspomnianą pryszczycą.

Stosując jodynę, przestrzegać jednak należy, żeby skóra przed jodynowaniem była zupełnie sucha i żeby przedtem, nawet dość wcześnie przed operacyą, nie był stosowany wilgotny

opatrunek. Oprócz tego pamiętać należy, żeby dwie jodynowane powierzchnie skóry nie stykały się bezpośrednio ze sobą (Grossich, Knoke).

Gdy chory pozostaje w szpitalu i jest możność przygotować go należycie do operacyi, postępujemy w sposób wyżej opisany; jeżeli zaś mamy wskazania do natychmiastowego zabiegu, wtedy już unika się zupełnie wody i mydła — a więc golenie odbywa się na sucho, brud widoczny usuwa się za pomocą wacików z eterem i dalej postępujemy w wyżej podany sposób.

Obserwując szereg chorych, gdzie skóra wyjałowiona była według sposobu Grossicha, mieliśmy możność dokładnie poznać wielkie jej zalety i bardzo niewiele stron ujemnych.

Przedewszystkiem podnieść muszę oszczędzanie czasu. Gdy dawniej mycie chorego trwało 10—15 minut, dzisiaj całe wyjałowienie skóry trwa 1—2 minuty. Następnie jodynowanie nie sprawia choremu żadnych dolegliwości. Dotychczas nieraz można było słyszeć narzekania chorych, a zwłaszcza kobiet, że więcej dokuczyło im mycie do operacyi, niż sam zabieg. Dalej do stosowaniu sposobu Grossicha chory nie obnaża się tak i nie ziębi, jak w dawniejszym sposobie mycia, dotyczy to zwłaszcza chorych, którzy przed operacyą spędzają wiele tygodni w łóżku i potem dla wykonania, naprz., cięcia brzucha są starannie myci. Czyż pewna odsetka zapaleń płuc po cięciach brzusznych nie może być zaliczona na karb oziębienia dużej powierzchni ciała podczas mycia?

Można, co prawda, na to odpowiedzieć, że myje się ciepłym płynem, ale zdarza się przecież, że część płynu spływa na plecy chorego, nie bywa dostatecznie zbierana i wtedy chory z tym płynem, coraz bardziej oziębiającym się, leży przez cały czas operacyi. Prócz tego operujący, dzięki odcinaniu się zajodynowanego pola operacyjnego od reszty skóry, z łatwością kontrolować może rozległość odkażenia, lub nawet, nie mając odpowiedniej pomocy, sam wyjałowienia dokonać. Ma to nieocenione znaczenie w praktyce prowincyonalnej, gdzie często chirurg w czasie operacyi musi być wszystkiem. Oprócz tego w każdej chwili, gdy wymaga tego potrzeba, granice wyjałowionego pola operacyjnego mogą być dowolnie rozszerzone. Ma to wielkie znaczenie w cięciach brzucha, gdzie nieraz trzeba

dodawać nadprogramowe cięcia. Niektórzy autorzy (Unger, Breuitt) podkreślają jeszcze znaczenie metody jodowej w ropnych sprawach w jamie brzusznej, gdzie za pomocą forsownego mycia można porozrywać zrosty i ropienie ograniczone—uogólnić. Dalej wyjaławianie za pomocą jodyny ma nieocenione znaczenie w operacyach, wymagających szybkości w działaniu np. w wewnętrznych krwotokach; okoliczność tę podnosi Routier, pokazując chorą, operowaną z powodu przerwanej ciąży pozamacicznej — chora była w takim stanie, że Routier uważał ją za straconą; wysmarowawszy jednak brzuch nalewką jodową, dokonał laparotomii i w 20 dni chora była zupełnie zagojona; „to proste wysmarowanie jodyną“, mówi Rentier, „dało mi możność wygrania na czasie i uniknięcia szczotkowania brzucha, które zapewne zwiększyłoby krwawienie i przeszkodziło oddychaniu podczas uśpienia“. Następnie podkreślić muszę jeszcze wielkie znaczenie sposobu Grossicha w stosowaniu jej na polu bitwy. W końcu zaznaczę, że po stosowaniu nalewki jodowej otrzymuje się bardzo mało widoczna blizna — okoliczność tę podkreślał jeszcze i Schanz. Stosując obecnie jodynę wyłącznie bez wody i mydła, miałem możność przekonać się na każdym przypadku o słuszności tego twierdzenia — i nic dziwnego: po kilkakrotnym jodynowaniu powierzchowne warstwy naskórka odłuszczają się zupełnie, pozostawiając po sobie równą i piękną bliznę. Tę własność jodyny tworzenia jakby pokrycia na ranie wyzyskano w operacyach przepuklin pachwinowych, lub wodniaków jądra u małych dzieci, gdzie, jak wiadomo, każdy opatrunek po kilku godzinach bywa przesiąknięty moczem; otóż Grossich, operując te przypadki pod jodyną, nie kładzie żadnego opatrunku po zaszyciu rany; mieliśmy możność sprawdzenia tej zasady — w 3 przypadkach przepuklin pachwinowych nie położono żadnego opatrunku, tylko co 2 dni stosowano jodynę na linię szwów — po 8 dniach nastąpiło zagojenie zupełne.

Co się tyczy ujemnych stron sposobu Grossicha — to jest ich bardzo niewiele. Przedewszystkiem po przecięciu skóry jodynowanej występuje dość żywe krwawienie z naczyń skórnych, następnie przy znieczulaniu przez żyły — trudno nieraz odnaleźć odpowiednie naczynie. Jest to jednak niedogodność, którą łatwo ominąć — a mianowicie przed zajodynowaniem

skóry naznaczamy jodyną żyłę, a po chwili jodynujemy całe pole operacyjne. Wystąpi wtedy żyła, jako ciemniejsza smuga. W ten sam sposób postępować należy i w niewielkich guzkach (Streitberger), które rzeczywiście pod jodyną robią się bardzo mało widoczne. Jeszcze jedna niedogodność w metodzie jodowej — bo trudność wykonania znieczulenia według Schleicha. Skóra jodynowana staje sie bardzo twarda, tak że z trudnością wkłuwamy igłę; dla uniknięcia tego lepiej jest jodynować po znieczuleniu (Nast-Kalb).

To chyba wszystko, co można powiedzieć na niekorzyść sposobu Grossicha, lecz, wobec wielkich jego zalet, te drobne braki nie mogą chyba być brane pod uwagę.

Z punktu widzenia drobnoustrojowego wartość sposobu Grossicha była badana bardzo starannie i wszechstronnie przez Walthera i Touraine'a, którzy oceniają ją nadzwyczaj korzystnie.

Posiewy były robione ze skóry tylko jodynowanej, następnie jodynowanej po uprzedniem wycieraniu eterem, i wreszcie po uprzedniem myciu wodą z mydłem, wyskokiem i eterem. Wyniki posiewów ze skóry jodynowanej po uprzedniem wytarciu eterem i tylko pojodynowanej są prawie jednakowe. Wybitną różnicę stanowią posiewy ze skóry, jodynowanej po uprzedniem myciu wodą z mydłem.

Badania wykonane były w ten sposób, że robiono posiewy na buljonie kawałków skóry, branych podczas operacyi. Wyniki posiewów doprowadziły do wniosku, że skóra po upływie 5 minut od zajodynowania może nie być jeszcze jałowa. Po 10 zaś minutach jałowość skóry bywa zupełna. Odpowiednie badania ze skóry jodynowanej po umyciu wodą z mydłem, eterem i wyskokiem, dały wyniki ujemne — we wszystkich posiewach wyrosły drobnoustroje. Prócz tego ciż sami autorowie przytaczają doświadczenie następujące: śwince morskiej, po zgoleniu skóry na grzbiecie, prawą stronę umyto wodą i mydłem, potem obie strony wytarto wyskokiem oraz eterem, wreszcie obie strony były zajodynowane. Następnie, po 16 minutach były zrobione posiewy z obydwóch stron. Z prawej strony, mytej mydłem i wodą, wyrosło 27 kolonii, z lewej zaś, nie mytej, tylko jedna kolonia.

Chcąc osobiście sprawdzić wartość odkażania nalewką jodową, postępowałem w następujący sposób: w 14 przypadkach

operacyi aseptycznych robiłem posiewy ze skóry przed operacyą, w końcu operacyi przed zaszyciem rany, i wreszcie wykonałem badania klamerek Michela, branych ze skóry 7-go dnia po zabiegu. Technika badań była następująca. Po dwukrotnem zajodynowaniu skóry 10% nalewką jodową, bezpośrednio przed rozpoczęciem zabiegu, wycinałem kawałek zajodynowanej skóry i wrzucałem ją do kolbki, zawierającej około 100,0 buljonu. Kolbkę wstawiałem do cieplarki przy $T^0 = 37^0$, i po 24 godzinach robiłem posiew na skośnym agarze. Po 24 godzinach badano agar. W tenże sposób brane były kawałki skóry do badań w końcu operacyi bezpośrednio przed zaszyciem rany.

Ponieważ mógłbym się spotkać z zarzutem, że powinno się odbarwiać jodynę ze skóry przed badaniami, gdyż może ona hamować rozwój drobnoustrojów w buljonie, zaznaczam, że umyślnie, chcąc uniknąć tego zarzutu, używałem do badań nie probówek, zawierających 6,0 — 7,0 buljonu, lecz kolbek, gdzie buljonu było 80,0—100,0.

Rozcieńczenie nieznacznej ilości jodyny, zawartej na badanym kawałku skóry, było tak wielkie, że trudno jest przypuścić, by mogła ona hamować rozwój drobnoustrojów. Oprócz tego robiłem następujące próby: do probówek nawet, a nie kolbek z badaną jodynowaną skórą, zanurzałem zakażoną pętlę platynową; wtedy za każdym razem wyrastały kolonie. Następnie wiadomo z doświadczeń Kocha, że zarodniki wąglikowe w 2% spirytusowym rozczynie jodu giną dopiero po 5 dniach. Zresztą z dostępnego mi piśmiennictwa wszystkie odnośne badania robione były bez wyługowywania jodu. Jedynie Kutscher w swojej pracy laboratoryjnej usuwał jodynę ze skóry zwierząt za pomocą 10% Sol. Natrii thiosulphurici.

Powracam do swoich badań. Z 14 przypadków aseptycznych operacyi było zrobione 18 posiewów ze skóry — tylko jodynowanej; z nich tylko w 4 wyrosły nieobfite kolonie o słabym wzroście. W trzech przypadkach dalsze badania (kol. Paszkiewicz) wykazały gronkowca ropotwórczego złocistego, w jednym zaś coccobaccillus acne. Co do posiewu z coccobaccillus acne, muszę zaznaczyć, że było to cięcie brzucha, gdzie badanie przed operacyą wykazało obecność coccobaccillus acne, posiewy zaś skóry w końcu operacyi i klamerek Michela po 7 dniach były jałowe, przebieg kliniczny bez ropienia.

W pozostałych trzech przypadkach wyhodowania gronkowca ropotwórczego — dwa posiewy dotyczą jednego i tego samego przypadku — przed i po operacyi (przepuklina pachwinowa), trzeci zaś przypadek był tylko raz badany przed zabiegiem (kaszak głowy). Oba te przypadki po operacyi klinicznie przebiegły doskonale.

Z klamerek Michela, zdjętych po 7 dniach, było robione 10 posiewów; wyniki są gorsze, aniżeli posiewów ze skóry, gdyż z 5 posiewów wyrosły kolonie gronkowca ropotwórczego złocistego.

Objaśniam sobie to w ten sposób, że klamerki wpijają się głęboko w naskórek, przebijając warstwę jodyny i następnie, że jodyna po pewnym przeciągu czasu przestaje już działać na skórę.

Oprócz tego dodać należy, że klamerki były brane do badań po 7 dniach od zabiegu, łatwo więc przez ten czas mogło nastąpić nowe zakażenie, zwłaszcza wobec nie dość szczelnego opatrunku.

Zastanówmy się teraz nad sposobem działania jodyny. Jak wiadomo, niema takiego środka odkażającego, który mógłby zabijać drobnoustroje, nie niszcząc komórki; jodyna nie stanowi więc tu wyjątku. Ostateczne działanie jodyny zależne jest od działania składowych jej części — wyskoku i jodu. Jod ma działanie ściągające. Wyskok zaś, rozpuszczając tłuszcz, uprzystępnia jodowi dostęp do głębiej leżących części skóry. Oprócz tego wyskok kurczy i garbuje skórę.

Wiąże się to z zasadą Grossicha — jodynowania skóry suchej, gdyż woda utrudnia wyżej wspomniane działanie jodyny. Następnie podkreślić należy przekrwienie i zapalenie odczynowe w skórze, wywoływane przez nalewkę jodową. W końcu muszę jeszcze zaznaczyć, że wyniki badań bakteryologicznych często nie idą w parze z przebiegiem klinicznym — w przypadku wyhodowania ze skóry przed i po operacyi gronkowca ropotw. złocistego (przepuklina pachwinowa), znalezienia go w posiewie z klamerki Michela, zdjętej po 7 dniach, przebieg kliniczny był doskonały.

Do badania histologicznego, mającego na celu przedstawić drobnowidzowy obraz jodynowanej skóry, użyliśmy sposobu, podanego przez Walthera i Touraine'a, polegającego na trakto-

waniu skóry zajodynowanej 1,5% roztworem azotanu srebra. Jodyna w obrazie drobnowidzowym przedstawia się w postaci ziarenek jodku srebra.

Badano skórę (kol. Paszkiewicz), mytą uprzednio wodą, szczotką mydłem i następnie jodynowaną, i skórę jodynowaną bez uprzedniego mycia.

We wszystkich badanych przypadkach jodyna przenika naskórek aż do podłoża skóry (corium), w samem podłożu skóry w żadnym przypadku jodyny odnaleźć nie mogliśmy. Co się tyczy rozmieszczenia jodyny, względnie ziarenek jodku srebra, to najwięcej ich widzimy w warstwie komórek zrogowaciałych. Następnie dość obficie spotykamy ziarenka w warstwie ziarnistej, mniej obficie, przeważnie wysepkami, w warstwie komórek kolczastych i w warstwie komórek walcowatych. W torebkach włosowych jodyna przenika daleko w głąb, aż do cebulek włosowych. Do gruczołow łojowych i potowych jodyna nie przenika, jedynie tylko ziarenka jodku srebra udawało się wykryć w ujściu tychże gruczołów. Jodyna przenika jednakowo głęboko w naskórek w przypadkach mytych i nie mytych; można tylko zaznaczyć, że w przypadkach, gdzie skóra była myta, warstwa komórek zrogowaciałych znacznie ścieńczała, a w wielu miejscach naskórek jest zdarty, aż do podłoża skóry.

Komórki zrogowaciałe w tych przypadkach są bardziej napęczniałe. Przez mycie skóry, zwłaszcza szczotką lub wiórkami, ścieńczamy warstwę komórek zrogowaciałych, a w wielu miejscach uszkadzamy naskórek, odsłaniając w ten sposób podłoże skóry dla zakażenia.

Prócz tego w miejscach uszkodzenia naskórka następuje występowanie na powierzchnię przynajmniej chłonki, razem z tym — wymywanie jodyny z tkanek.

Badając zaś skórę jodynowaną bez uprzedniego mycia, znajdujemy nieuszkodzoną warstwę komórek zrogowaciałych, przedstawiającą się, jako jednolita zbita czarna smuga.

Widzimy więc, że w skórze, jodynowanej na sucho, jodyna, przenikając w naskórek, tworzy jakby tamę, która zapobiega wydobywaniu się drobnoustrojów z głębiej leżących warstw skóry na powierzchnię. Podczas kiedy dzięki uszko-

dzeniu naskórka przez mycie, barwy jednolitej otrzymać nie możemy.

Zestawiając ze sobą wszystko, przytoczone powyżej o sposobie Grossicha, możemy śmiało powiedzieć: chirurgia zyskała nowy sposób wyjaławiania skóry, sposób pewny, prosty, szybko i w każdych warunkach dający się zastosować.

PIŚMIENNICTWO.

1. Dr. Bogdan Aladar. Modifizierung des Hautdesinfektion des Operationfeldes nach Grossich. C. f. Ch. № 3, 1910.
2. M. v. Brünn. Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der Hautdesinfektion. Münch. med. Woch. 190. № 17.
3. Baum. Der Wert die Joddesinfektion geprüft an einem grossen Hernienmaterial. Med. Klinik. 1910. № 12.
4. Dr. Brewitt. Über den Wert der Jodpinselung zur Desinfektion der Haut vor Operationen. Münch. med. Woch. 1910. № 6.
5. Prof. Dr. Mario Donati. Über die Hautdesinfektion des Operationfeldes mit Alcohol und Jod. Deutsche med. Woch. 1910. № 13.
6. Feldermann. Über die Desinfektion der Haut mit Jodtinktur. Berl. klin. Woch. 1910. № 7.
7. J. de Fourmestraux et G. Damiot. Le sterilisation preoperatoire de la peau par les badigeonnages iodes methode Grossich. Gaz. des hopitaux. 1909. № 81.
8. Grossich A. Eine neue Sterilisierungsmethode der Haut bci Operationen. C. f. Ch. 1908. № 44.
9. Grossich A. Über neue Desinfizierugsmethode der Haut bei Chirurgischen Operationen. XVI-e congres international de medecine. Budapest, Août-Septembre. 1909.
10. Grossich A. Zu meinem Desinfektionsverfahren der Haut des Operationsfeldes mittels Jodtinktur. C. f. Ch. 1910. № 21.
11. Grekow. K woprosu ob obezzarażiwanii ruk i operacionnago pola spirtom i jodnoj nastojkoj. Ruskij Wracz. 1909. № 7, 8, 9.
12. v. Herff Otto. Der Acetonalcohol in der Desinfektion des Operationsfeldes. C. f. Ch. 1909. № 52.
13. v. Hippel. Wie desinfiziert der praktische Arzt sicher und möglichst einfach die eigenen Hände und die Haut des Patienten. C. f. Ch. № 50.
14. Herzfeld A. Zur Desinfektion der Haut C. f. Ch. 1909. № 24.
15. Jurgengel. Hautdesinfection und Wundbehandlung mit Joddampf. Münch. med. Woch. 1910. № 12.

16. Kratochwil. Zur Technik der Hautdesinfektion. Wien. klin. Woch. 1909. № 47.

17. König prof. Über den Schutz der Wunde vor der Infektionskeimer der benachbarten Haut. Ber. kl. W. 1909. № 17.

18. Kutscher. Über die Wirkung der Jodtinktur bei der Hautdesinfektion. Ber. kl. Woch. 1910. № 9.

19. Klapp und Dönitz. Chirosoter. C. f. Ch. 1908. № 43.

20. Kuznickij. Obezzaraživanje koži operacjonnago pola jodnoj nastojkoj. Nowoje w medicinie. 1909. № 16.

21. Knoll. Die Grossichsche Methode der Hautdesinfektion. Mün. Med. W. 1910. № 18.

22. Lanz. Zur Vereinfachung des Hautdesinfektion C. f. Ch. 1910. № 18.

23. Nart Halb. Über Erfolge mit ausschliesslicher Alcoholdesinfektion und der Jodtinkturdesinf. Münch. med. W. 1910. № 6.

24. Ocri. Untersuchungen über die Desinfektion mit einem Acetonalcoholgemisch nach v. Herff. C. f. Ch. 1909. № 42.

25. Papinian. Die Jodtinktur als Sterilisationsmittel der Haut. C. f. Ch. 1910. № 9.

26. Papaïoannau. Ein Jahr Hautdesinfektion nach Grossich. C. f. Ch. 1910. № 27.

27. Streitberger. Über die Desinfektion des Operationsgebietes mit Jodtinktur. Deutsch. med. W. 1910. № 29.

28. Schanz. Jodpinselungen zur Erzielung schmaler Narben. C. f. Ch. 1908. 32.

29. Unger. Zur Desinfekton der Haut mit Jodtinktur. Ber. kl. W. 1910. № 2.

30. Walther. Coupes de peau apres desinfection par la teinture d'iode. Discussion. Bulletins et Memoires de la société de Chirurgie de Paris. № 10. 16 Mars. 1909.

31. Walther. Sur la Sterilisation de la peau par la teinture d'iode. Bulletins et Memoires de la société de Chirurgie da Paris. № 12. 30 Mars. 1909 r.

32. Wederhake. Desinfektion der Hände und der Haut mittels Jodtetrachlorkohlenstoff und Dermagumit. Medic. klinik. Ref. C. f. Ch. 1908. № 44.

O przegrzewaniu elektrycznem

(Diatermia)

przez

Prof. Dr. W. CHLUMSKYEGO w Krakowie.

W ostatnich 20—30 latach byliśmy świadkami wielu epokowych wynalazków w dziedzinie medycyny. Niektóre, i to przeważnie nie najlepsze, stały się zaraz głośnymi i wprost budziły zachwyt. Inne tylko powoli czyniły postępy i nie były należycie oceniane nawet przez powołanych, nawet przez lekarzy.

Takim wynalazkiem najostatniejszych czasów jest diatermia. Jakkolwiek miano o niej właściwe przecucie od lat wielu i przynajmniej od 2 lat ją poznano i opisywano, jednak tylko niewielu zwraca na nią uwagę mimo wybitnego jej znaczenia dla medycyny, zwłaszcza dla leczenia.

Jako diatermię, transtermię, termopenetracyę (przegrzewanie) oznaczamy zastosowanie wysoko napiętych prądów elektrycznych ze skupionemi grupami drgań, które w ustroju wywołują już nie uczucie prądu elektrycznego, lecz uczucie płynącego ciepła. Ten fakt, że wysoko napięte prądy z odpowiednią długością fali nie wywołują w ciele ludzkiem żadnych innych uczuć, prócz ciepła, zauważył naprzód Zeynek w roku 1898, kiedy zajmował się tymi prądami u Nernsta. Za jego zachętą Bernd i Preysz sprawę dalej poprowadzili i zastosowali te promienie w medycynie. Sporządzili w tym celu stosowne przyrządy, probowali te prądy (1908) w klinice Ortnera u różnych chorych, zwłaszcza na gościec i w dnie stawowej i osiągnęli niezwykle dobre wyniki.

Ciepła, jako czynnika leczniczego, używa się w medycynie już od czasów starożytnych. W ostatnich czasach jedna jego postać, leczenie gorącem powietrzem, urządziła prawdziwie

tryumfalny pochód przez wszystkie kraje i została uznana powszechnie, jako nadzwyczaj dobry środek leczniczy.

Wszelako ma różne ujemne własności, zwłaszcza, że tylko zwolna dostaje się w głąb i dosyć nuży. Niektórzy autorowie twierdzą nawet, ze zabieg z gorącem powierzem właściwie nie wprowadza do ustoju żadnej nowej ilości ciepła, lecz tylko zapobiega wydalaniu się ciepła z ciała, co jednak, wedle naszego doświadczenia, nie jest prawdą.

Nowy sposób wytwarza ciepło w samem ciele, bez potrzeby współdziałania sił żywotnych. Elektryczność zamienia się w ustroju na ciepło, które ogrzewa ciało niejako w ten sposób, jak włókno lampy elektrycznej zostaje rozgrzane i do świecenia pobudzone. Za pomocą przyrządów, obecnie sporządzonych, jesteśmy w możności siłę tego działania cieplnego regulować, a także mierzyć; możemy ciało z dowolną siłą ogrzewać, a nawet tkankę wprost spalić, i to w rozmiarach dowolnie wielkich. Fakt ten w medycynie ma ogromne znaczenie. Można ciepło w najrozmaitszych chorobach zużytkować, jako czynnik leczniczy, wygodnie, w różnych odmiennych stopniach i w taki sposób, w jaki na cierpienia ludzkie działają najenergiczniej.

Jak wspomnieliśmy, dotąd tylko trochę zużytkowano ten środek, ale już te nieliczne doświadczenia opiewają bardzo korzystnie.

Jak wiadomo, różne sole rozpuszczają się lepiej w ciepłej wodzie, niżeli w zimnej, i rozpuszczalność zwiększa się z ciepłotą.

W różnych schorzeniach gromadzą się takie sole w stawach, wielkich gruczołach, naczyniach i już przez swoją obecność powodują wielorakie dolegliwości.

Przez ogrzanie odnośnych miejsc rozpuszczają się znów te sole, i mogą w tym stanie rychlej z ciała zostać wydalone. Ogrzanie o 2 do 3 stopni wystarczy już do ich łatwiejszego rozpuszczenia, a ustrój ogrzanie takie znosi. Że przy tem także krążenie i przemiana materyi przyspiesza się, i że, być może, również i inne sprawy wielką rolę tu odgrywają, jest bardzo prawdopodobne. Słowem, ogrzanie chorej części działa zdrowiodawczo na nią, i niemal jednogłośnie podaja, że diatermia wpływa na przypadki dny stawowej i zwapnienia naczyń bar-

dzo korzystnie. Diatermia rozpuszcza nawet wielkie guzy dnawe (tophi artr.), obrzmiałe, zesztywniałe stawy uruchomia, nerwobóle koi i leczy, zastój żółci usuwa, a także kamienie nerkowe podobno rozpuszcza. Wysoka ciepłota działa również korzystnie na rozmaite zrosty po sprawach zapalnych, przez co także zrosty ścięgien i unieruchomienie stawów przynajmniej poprawiają się, jeżeli nie leczą.

Wedle rozważań teoretycznych i doświadczeń in vitro i na zwierzętach największa część drobnoustrojów chorobotwórczych dla ludzi nie znosi wysokiej ciepłoty. Przeto spodziewać się należy, że przegrzewanie niszczy także te zarazki (na prz. gonokokki). Także komórki nowotworów mają ulegać zniszczeniu przez wyższę ciepłotę wcześniej, niż prawidłowe komórki ludzkie. Również i krętki (Lues) są wobec miernie podwyższonej temperatury mniej odporne.

Eitner wobec tych rozważań zastosował przegrzewanie w wiewiórze, i donosi o korzystnym wpływie tego zabiegu na przebieg choroby.

Inni kombinują przegrzewanie z promieniami Röntgena, i również twierdzą, że ten zespół okazał się dobrym.

W końcu można ciepłotę wewnątrz narządu tak wysoko podnieść, że białko krzepnie i komórki ulegają zniszczeniu. W ten sposób usiłuje się zniszczyć do pewnego stopnia podskórne wybujałości chorobowe bez operacyi.

Dotychczasowe doświadczenia nie odpowiedziały jednak jeszcze w zupełności pokładanym w przegrzewaniu nadziejom.

Sam używam termopenetracyjnych maszyn dłużej, niżeli pół roku, i przeprowadziłem wiele setek zabiegów za pomocą nich, wszelako obok znakomitych wyników często bywałem w nadziejach swoich rozczarowany.

Gośćcowe i dnowe schorzenia poprawiały się pod wpływem działania diatermii, przynajmniej tak samo dobrze, jak po leczeniu gorącem powietrzem. Może skutek następował nieco wcześniej, niż po gorącem powietrzu, jednakowoż niektórzy pacyenci, którzy wypróbowali oba sposoby leczenia, woleli raczej zabiegi z przyrządami do gorącego powietrza. Przypadków takich miałem przeszło 20.

Jeden przypadek rwy kulszowej wyleczył się po sześciu posiedzeniach, inny potrzebował takich posiedzeń kilkanaście,

trzy chore, które uskarżały się na bóle gośćcowe w rękach, sądziły, że po 2 — 3 posiedzeniach wyleczyły się, jednak powróciły z dawnemi dolegliwościami w najbliższym tygodniu.

W jednym nerwobólu nerwu trójdzielnego powstały po trzechdniowych zabiegach tak wielkie bóle, że pacyent więcej nie przyszedł. Jak później dowiedziałem się, bóle te zupełnie ustały w następnych dniach i do tej pory wznowy niema.

W innym przypadku nerwobólu n. trójdzielnego bóle po 2 posiedzeniach ustały zupełnie.

W jednym przypadku wznowy raka skombinowałem leczenie promieniami Röntgena z przegrzewaniem. Bóle ciągnące w górnej kończynie strony zoperowanej, które nie reagowały na promienie Röntgena, znikły po dwóch posiedzeniach zupełnie i nie powróciły więcej.

Jeden przypadek szyi krzywej gośćcowego pochodzenia (hysteria?) u młodego zresztą zdrowego studenta stopniowo poprawiał się, a w końcu ustąpił.

Oprócz tego stosowałem diatermię u całego szeregu innych chorób, porażeń, zapaleń nerwów, bólów stawowych, po gonorei, pryszczyc artrytycznych, i osiągałem czasami poprawę, rzadko tylko zupełne wyleczenie.

Osiągnięte wyniki nie odpowiadają więc teoretycznym rozważaniom, jednakowoż zachęcają nas do dalszej pracy. Możeśmy przegrzewania odpowiednio jeszcze nie zastosowali, może być jesteśmy zanadto ostrożni a nasze przyrządy niedoskonałe.

Bernd i Preysz przestrzegają przed nieostrożnem użyciem przyrządów, gdyż ma się do czynienia z nadzwyczaj silnymi prądami, które mogą pacyenta zabić, i polecają, aby tę metodę stosowali jedynie doświadczeni specyaliści.

Nagelschmidt zaś powiada, że ta metoda nie jest tak niebezpieczna, jak się mniema i że dotąd, mimo niepewności w stosowaniu, nie widziano niebezpiecznych wypadków. Osobiście widziałem tylko lekkie oparzenia skóry po tej metodzie na kilkaset posiedzeń, jakkolwiek o wiele przekroczyłem to, co z początku było dozwolone. Raz był pacyent w miejscu leczonem nieczuły, drugim razem dotknął się ręką opornicy i nastąpiło na jednym palcu spalenie wielkości główki od szpilki. Zresztą wszystkie posiedzenia odbywały się dobrze i gorąco odczuwali chorzy, jako bardzo przyjemne. Zwykle po 3—4 minutach

skarżyli się na pieczenie, wówczas albo przesuwałem elektrody, albo zmniejszałem natężenie prądu. Przytem używałem prądów o 1 — 2 — 3 amperach, a na ciepłomierzu przekroczyłem 1 — 5 efekta cieplne.

Z początku stosowałem prądy diatermiczne bardzo krótko, później przekonałem się, że dopiero posiedzenia dłuższe — 10, 30 minutowe przynoszą choremu ulgę trwałą. Posiedzenia krótsze tylko rozdrażniają. Dla tego, być może, z początku miałem mniej dobre wyniki lecznicze. W ostatnich tygodniach wyniki, przezemnie osiągnięte, były daleko lepsze.

Zwracam przeto uwagę Sz. kolegów na ten środek leczniczy i proszę go wypróbować.

PIŚMIENNICTWO.

Nagelschmidt. München. med. Wchschrft 1907, 1908, 1909. Zeitschrift für phys. diät. Therapie 1907.

Zeynek, Bernd, Preysz, Radoniczicz. Wien. Klin. Wchnschrft 1908.

v. Bernd. Wien. Klin. Wochenschrift 1908. Zeitschrift für diät. phys. Therapie 1909.

v. Bernd a v. Preysz. Wien. Klin. Wchnschrft 1910

Eitner. Wien. Klin. Wchnschrft 1909, 1910.

Wyniki operacyi doszczętnych przepukliny pachwinowej u małych dzieci, wykonanych w lecznicy własnej od początku r. 1898 do czerwca r. 1909*)

podał

LEON SZUMAN

(TORUŃ).

Rozwój chirurgii antyseptycznej pomiędzy rokiem 1870 a 1880 dał pochop do częstego stosowania leczenia operacyjnego w wolnych lub przyrośniętych, ale nie uwięzionych przepuklinach w celu doszczętnego usunięcia tychże.

U dorosłych i u dzieci w późniejszych latach młodości zaczęto dość ogólnie stosować operacyę doszczętną przepukliny pachwinowej wszędzie tam, gdzie noszenie paska było bezskuteczne lub uciążliwe. Lecz u maleńkich dzieci uważano zabieg ten za zbyt poważny i niebezpieczny, gdyż zdawało się w owym czasie, że nie będzie można dostatecznie zabezpieczyć otworzonej w przebiegu doszczętnej operacyi jamy otrzewnej przed zanieczyszczeniem i możliwem zakażeniem u niemowląt i udzieci maleńkich, oddających jeszcze pod siebie mocz i stolec.

Tak n. p. König (1) jeszcze w r. 1881 w III wydaniu swej chirurgii szczegółowej odradza przedsiębranie operacyi doszczętnej przepukliny wolnej u maleńkich dzieci, jako zbyt niebezpiecznego rękoczynu.

---

*) Wykład, w skróceniu wygłoszony na zjeździe Chirurgów polskich w Warszawie d. 6 października 1910 r.

Leisrink (2) w monografii swej z r. 1883 zestawia 169 przypadków doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, w tem 13 przypadków u małych dzieci, poniżej 6 lat. Z tych 13 przypadków operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej wolnej u małych dzieci 2 operacye zakończyły się śmiercią wskutek samego zabiegu, a w 3 przypadkach nastąpiła wznowa przepukliny. Wynik przeto na owe czasy był mało zachęcający.

Jednakże w publikacyach z lat 1886 do 1895 operacyi, dziecięcej przepukliny dotyczących, wyniki napotykamy już znacznie lepsze (3).

Bassini w Padwie wykonał w r. 1886 pierwszą swoją operacyę przepukliny pachwinowej wolnej według własnego sposobu (4) u dziecka 2 letniego z dobrym skutkiem (5). W rozprawie, w r. 1890 w Archivum Langenbecka opublikowanej, opisał już Bassini 16 przypadków operacyi doszczętnej według własnego sposobu u 15 małych dzieci, i wprawdzie u 11 dzieci w wieku od 33 miesięcy do 3 lat, i u 4 dzieci w wieku od 5—7 lat. Wypadku śmierci nie było w tych jego operacyach u małych dzieci ani razu, a wznowę przepukliny zauważono do czasu publikacyi tylko w 1 przypadku.

Osobiście pierwszą moją operacyę doszczętną przepukliny pachwinowej olbrzymich rozmiarów u dziecka 2 letniego wykonałem w r. 1887. Wynik był również bardzo pomyślny i trwały. W r. 1894 opublikowałem korzystne i po części przez kilka lat spostrzegane wyniki pierwszych moich 5 operacyi doszczętnych przepukliny powyższej u 4 dzieci w wieku od 12 miesięcy do 3 lat, względnie 37 miesięcy (6).

W r. 1888 wykonał Karewski (7 i 3) w Berlinie pierwszą swą doszczętną operacyę przepukliny pachwinowej u małego dziecka z dobrym i trwałym wynikiem.

W r. 1891 na kongresie Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego ogłosił Karewski wyniki 9 doszczętnych operacyi z dobrym i po części już 2—3 lata swierdzonym wynikiem (7). Na tymże kongresie przedstawił Escher (8) z Triestu wyniki podług sposobu Bassiniego wykonanych doszczętnych operacyi przepukliny pachwinowej, w tem 2 u małych dzieci w wieku od 2—2½ lat z pomyślnym wynikiem. W tymże roku 1891 ogłosił Bayer (9) wyniki 12 szczęśliwych przypadków operacyi przepu-

kliny u małych dzieci według sposobu Czerny'ego zoperowanych. Ranę zaszywał całkiem, bez wkładania sączków z gazy lub innych. W czterech z tych pomyślny wynik mógł być stwierdzony po 1—3 latach. W trzech innych przypadkach robiono wstrzykiwania wyskokowe według sposobu Schwalbego bez żadnego wpływu na zniknięcie przepukliny.

W następnych latach operacya doszczętna przepukliny u małych dzieci, nawet u kilkumiesięcznych niemowląt, coraz częściej bywa wykonywana (29). Wskazanie do niej rozszerzono znacznie z biegiem lat. Podczas gdy przed rokiem 1885 wykonywano ją tylko wyjątkowo u maleńkich dzieci, a w latach 1886 do 1895 leczenie operacyjne przeważnie ograniczono do ciężkich przypadków z wielką przepukliną moszznową, z częstemi przewlekłemi uwięźnieniami, z niemożnością noszenia paska i t. p., zaczęliśmy w ostatnich latach ubiegłego stulecia stosować doszczętną operacyę przepukliny pachwinowej u maleńkich dzieci nietylko we wszystkich przypadkach, gdzie wielkość przepukliny, niemożność noszenia paska, przewlekła skłonność do uwięźnień przemawiały na korzyść operacyi, ale i w innych przypadkach, gdzie noszenie kilkomiesięczne paska pozostało bez dodatniego wpływu na zamknięcie się otworu przepuklinowego, lub gdzie pasek u małych dzieci, zmaczany często moczem, stolcem lub potem powodował wysypki skórne lub nieprzyjemny dla dzieci ucisk. Do tego rozszerzenia wskazań operacyjnych uprawniły nas coraz lepsze i u dzieci stosunkowo trwałe i korzystne wyniki operacyi doszczętnej.

Że te wyniki operacyi u małych dzieci aż do niemowlęcego wieku są stosunkowo dobre i trwałe, stosunkowo znacznie lepsze i trwalsze, niż u osób w latach podeszłych, przekonać się możemy z licznych statystycznych zestawień, w nowszym czasie zebranych. Ramy niniejszego wykładu zbytnioby rozszerzyło szczegółowe rozejrzenie się w bardzo obfitem już dziś piśmiennictwie, tego przedmiotu dotyczącem.

W polskiem piśmiennictwie mieliśmy aż pod koniec zeszłego wieku bardzo mało prac, operacyi doszczętnej przepuklin u małych dzieci dotyczących. W ubiegłem dziesięcioleciu bieżącego stulecia przybyło nam więcej współpracowników na tem polu. Z prac, które zebrać mogłem, wymieniam tu rozprawy i wykłady Bossowskiego (13), Drobnika (15), Czajkow-

skiego (23), Pomorskiego (30), Hahna (25), Stankiewicza (34), Sławińskiego (42), Węgłowskiego (40) i Zembrzuskiego (54).

Na potwierdzenie zdania mego o pożytku i potrzebie rozszerzenia wskazań do operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej dziecięcej zebrałem wyniki operacyi tejże, wykonanej w lecznicy mej prywatnej w Toruniu w czasie od początku r. 1898 do czerwca 1909. Nadmieniam, że od czasu, gdy w r. 1884 wykonałem pierwszą moją doszczętną operacyę przepukliny pachwinowej u 2 letniego dziecką, do dzisiaj nie miałem przypadku śmierci po operacyach przepuklin nieuwięzionych u dzieci, w lecznicy mej wykonanych.

Liczby moje nie są tak znaczne, jak w statystykach klinik uniwersyteckich lub szpitali wielkomiejskich. Ale jakkolwiek statystyka operowanych przezemnie przypadków nie jest wielka, może przyczynić się do wykazania wartości tej operacyi, ponieważ dotyczy przypadków już przed dłuższym czasem, po części przed dłuższym szeregiem lat operowanych, oraz wyleczeń trwałych, stwierdzonych po 1½—12 latach

Przypadków operowanych w drugiej połowie r. 1909 i w r. 1910 w liczbie 14, których przebieg pooperacyjny był równie dobry, jak w latach poprzednich i również bez zejścia śmiertelnego wskutek operacyi lub wskutek powikłań pooperacyjnych, nie wliczyłem w powyższe zestawienie, ponieważ uważam czas poniżej 1 roku za zbyt krótki, by robić wniosek, że nawrot przepukliny nie nastąpi.

W latach 1898 do czerwca 1909 zoperowałem w lecznicy mej w Toruniu 61 dzieci w wieku od 16 dni do 6 lat, względnie do końca 6-go roku życia, u których było 76 przepuklin wolnych i 2 uwięzione.

Z tych było:

5	dzieci	w	wieku	od 16 dni do 3 miesięcy
13	„	„	„	od 4 do 12 miesięcy
19	„	„	„	od 1 roku do 2 lat
14	„	„	„	od 2 do 3 lat
10	„	„	„	od 3 do 6 lat.
61				

Pomiędzy owemi 61 dziećmi było chłopców 59, dziewcząt 2. Przebieg pooperacyjny był wogóle pomyślny i rany

zagoiły się częściowo w 8—12 dni. Wypadku śmiertelnego, ani cięższych zapaleń i ropień nie było. W jednym atoli przypadku, gdzie operowano ściśle według metody Bassiniego z oddzieleniem powrózka nasiennego od otaczającej tkanki i przemieszczeniem tegoż w górny kraniec rany, a mięsień skośny wewnętrzny i poprzeczny zeszyto na dość długiej przestrzeni pod powrózkiem nasiennym z więzem Pouparta nastąpiło, mimo że ani przewód nasienny ani naczynia sznurka nie były dostrzegalnie uszkodzone, najpierw znaczne obrzmienie jądra na stronie operowanej, a potem szybki zanik jądra bez ropienia, bez rozpadu, tak że w kilka tygodni po zabiegu pozostał tylku mały miękki guziczek w miejscu jądra.

Co się tyczy sposobu operacyjnego, to tenże kilkakrotnie zmieniałem, postępując niejako równolegle do prądu czasu.

W pierwszych moich przypadkach, operowanych w r. 1887 i 1888, podwiązałem dwukrotnie szyję wyłuszczonego worka przepuklinowego i tamponowałem i sączkowałem kanał pachwinowy zwojem gazy jodoformowej, pozostawiając dolny koniec rany otwarty, podobnie jak to czynił Karewski (3), oraz Drobnik (15) w pierwszych przezeń operowanych przypadkach.

W trzech następnych moich operacyach, ogłoszonych w wykładzie moim w r. 1893, dołączyłem do powyższej prostej operacyi jeszcze po 3 szwy z mocnej struny pod powrózkiem nasiennym, bez oddzielenia tegoż od jego podstawy i bez przemieszczania tegoż, jak to czyni Bassini, tylko z odsunięciem go na bok, by módz pod nim zwęzić dolny koniec otworu zewnętrznego pachwinowego, oraz po 2 szwy strunowe nad, względnie przed powrózkiem nasiennym przez łuki bramy pachwinowej, by tym sposobem bardzo rozległe otwory przepuklinowe zmniejszyć.

W przeciągu czasu, którego wyniki operacyjne dzisiaj tu podaję, t. j. od r. 1898 do czerwca 1909 wykonałem 23 doszczętne operacye przepukliny pachwinowej u 16 dzieci w ten sposób, że, pozostawiając po oddzieleniu, podwiązaniu i odcięciu worka przepuklinowego otrzewnego, powrózek nasienny w jego naturalnem położeniu, zeszyłem głęboką warstwę mięśniową z więzadłem Pouparta 2 — 4 szwami tak dalece, że pozostał tylko mały otworek dla powrózka nasiennego w dolnym końcu rany tuż nad kością łonową. Jako drugą warstwę zeszyłem

przeciętą na przestrzeni zwykle niewielkiej (2 — 5 cm.), rozścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha, a następnie skórę.

W 2 przypadkach, u 2 letniego chłopca i u 5 letniej dziewczynki o małych tylko przepuklinach pachwinowych, nie schodzących głębiej w moszne, względnie do warg sromnych, w celu uproszczenia operacyi nie zrobiłem wyłuszczenia małych worków przepuklinowych, które w tych obu przypadkach zaledwie po za otwór pachwinowy wewnętrzny wypuklały się na zewnątrz, i zaszyłem łuki bramy przepuklinowej możliwie głęboko mocnymi szwami celuloidowymi.

W 18 operacyach u 17 dzieci zastosowano typowy sposób Bassiniego z przemieszczeniem odłączonego od swej podstawy powrózka nasiennego w górną boczną część rany po przyszyciu mięśni głębokich brzusznych, względnie powięzi mięśnia prostego do wiązadła Pouparta i utworzenia tym sposobem tylnej odpornej ściany po za przesuniętym ku górze powrózkiem nasiennym. Zaś powięź mięśnia zewnętrznego, naciętą zwykle na niewielkiej przestrzeni, bo to u małych dzieci, gdzie kanał pachwinowy zwykle przebiega prosto, lub bardzo mało skośnie, najczęściej wystarcza zeszywane poprzed przemieszczonym powrózkiem nasiennym.

Jakkolwiek przebieg gojenia się rany był w tych przypadkach wogóle dobry i nie było cięższych zapaleń ropnych, jednakże znaczne obrzmienie jądra, szczególniej w tych przypadkach, gdzie oddzielenie woreczka otrzewnowego od powrózka nasiennego było trudne, zjawiało się dość często w najbliższych dniach, by po kilku, czasem dopiero po kilkunastu dniach ustąpić zupełnie. W jednym jednakże przypadku, o którym już wyżej wspomniałem, nastąpił po takiem obrzmieniu jądra poopeoperacyjnem szybki zanik jądra, bez ropienia, bez zgorzeli, zanik bez wszelkich objawów zakaźnych, widocznie wskutek niewystarczającego odżywiania, mimo że ani przewód nasienny, ani naczynia powrózka nie zostały dostrzegalnie uszkodzone.

Wskutek tego przykrego doświadczenia *) nie przemiesz-

*) U jednego dorosłego mężczyzny także nastąpił zanik jądra na stronie, operowanej typowo według sposobu Bassiniego, śród takich samych objawów, bez ropienia.

czałem następnie nigdy powrózka nasiennego zbyt daleko ku górze i na zewnątrz, nacięcie w powięzi mięśnia zewnętrznego robiłem nie wielkie — na 2—3 cm.; czasami, wobec dość dużych otworów przepuklinowych, gdzie brzegi mięśni głębokich brzusznych były dostrzegalne w głębi szerokiego otworu przepuklinowego, wcale nie robiłem nacięcia rozścięgna mięśnia zewnętrznego, a jeżeli szpara zewnętrzna otworu pachwinowego była długa, jak to czasami bywa *), lub w przypadkach, gdzie pas rozścięgna, sznurek nasienny pokrywający, bywał słaby **), co niezawsze objawia się w równej mierze, zakładałem nad ujściem zewnętrznem sznurka nasiennego jeszcze jeden, dwa lub trzy szwy podobne, jak je Kocher w swej metodzie inwaginacyjnej opisuje ***).

W ten sposób, zmieniony sposób Bassiniego zastosowałem w pozostałych 34 przypadkach z pomyślnym skutkiem.

By nie pozostawić próżnych przestrzeni jamistych w ranie, zeszywałem w ostatnich latach zwykle jeszcze osobnymi kilku strunowymi szwami powięź podskórną i tkankę tłuszczową, a następnie zeszywałem skórę bez sączkowania. Tylko w przypadkach, gdzie odłuszczanie worka otrzewnego, szczególniej w przepuklinach wrodzonych, było wyjątkowo mozolne i z dość obfitem krwawieniem i podwiązywaniem licznych naczyń połączone, wkładałem mały kawałek sterylizowanej gazy wioformowej 20% w dolny kraniec rany skórnej i podskórnej, aż do powierzchni powrózka nasiennego, nie głębiej ****).

---

*) Porów. Węgłowski, Gazeta lekarska r. 1906, str. 232.

**) Włókna Collesa, porów. Kocher, Chirurgische Operationslehre, 1907, wydanie 5-te str. 769.

***) Tamże, str. 768. („Kanalnaht").

****) Do szwów głębokich, mięśniowowiązowych, używałem z biegiem lat różnych materyałów, możliwie starannie wyjałowionych: jedwabiu, struny, nici celuloidowych, drutu aluminiowego brązowanego, a w końcu od 4 lat struny jodowej Billmanna. — W jednym przypadku, szytym jedwabiem, utworzyła się w rok po operacyi dwuletniego chłopca mała wypukłość nad blizną, mniemana wznowa, a w tej wypukłości mały ropień przewlekły zamknięty, zawierający kilka węzełków jedwabnych luźnych. Po wyczyszczeniu ropnia, zeszyto mięśniowe dno tegoż w celu wzmocnienia—struną z zupełnie trwałym skutkiem. Przypadek ten operowałem już przed 11, względnie 12 laty. Dziś jest zdrów zupełnie, bez nawrotu. — Zwykła zaś struna mocna № 4, sposobem Bergmanna-Schimmelbuscha wyjałowiona, zawiodła

Jako opatrunek rany kładłem od r. 1898 do 1902 czopek gazy jodoformowej na cięcie skóry, które zwykle robię nie większe, niż 6—7 cm. u dzieci w kierunku kanału pachwinowego, od roku 1902 do dziś takiż czopek gazy wioformowej 10%, a na to poduszkę wyjałowioną z cellulozy, w muślin zawiniętej, wielkości małej dłoni. Na to zaś przykładam przylepiec kauczukowy cynkowy *) znacznie większy, niż ów mały opatrunek i brzegi takowego szczelnie przylepiam do obmytej benzyną skóry małego pacyenta. Przylepiec ten, starannie na suchą skórę położony, trzyma zwykle tak dobrze, że opatrunek może pozostać 3—6 dni, a jeżeli nawet malec trochę zabrudzi zewnętrzną powierzchnię przylepca kauczukowego moczem lub stolcem, to opatrunek sam pod przylepcem pozostaje zwykle suchy **).

Naturalnie, należy zwracać uwagę na to u małych dzieci, by skoro tylko oddadzą mocz lub stolec, zmieniać pieluszki i podkładki, by opatrunek czasem w moczu nie pływał, i dla tego albo matka, albo najęta, sumienna, pielęgarka musi dzień i noc pozostawać przy dziecku stale przez 10 — 14 dni. Pod mosznę, która czasami nie obrzęka, czasami zaś, szczególniej po trudnych oddzielaniach woreczka otrzewnego przepukliny od powrózka nasiennego, mocno opucha wraz z jądrem, podkłada się kulistą poduszeczkę z waty czystej, lub z szarpi drzewnych ***)

---

mnie w jednym przypadku, lecz wśród niezwykłych okoliczności. Szwy wewnętrzne 3-go dnia po operacyi, gdy chłopca 3 letniego z lecznicy zabrano do domu, i gdy tenże, nie mając dostatecznego dozoru, wstał tegoż dnia z łóżka i podniósł w górę siostrzyczkę starszą o rok od siebie, pękły zupełnie, choć rana skóry nie pękła, jelita dużym kłębem wysunęły się aż w mosznę, zeszycie rany musiało być powtórzone i chłopiec dłużej zatrzymany w lecznicy. Pomimo, że ta operacya wskutek zlepów jelit z moszną była dość mozolna, zagojenie przy leżeniu w łóżku nastąpiło gładkie i mogłem stwierdzić je jeszcze po 2 miesiącach. Przypadek ten dotyczył operacyi bez przemieszczenia sznurka nasiennego, wykonanej w r. 1902. Ale w tych warunkach prawdopodobnie żaden szew nie byłby wytrzymał. Szwy z celuloidowych nici, bezpośrednio przed operacyą wyjałowionych, i szwy jodowo-strunowe Billmanna dały dotąd wyniki beznaganne.

*) Tak zwany leukoplast firmy Beiersdorfa w Hamburgu, lub plaster durana firmy Degen i Kuth w Düren nad Renem.

**) Użycie przylepca na pokrycie małego opatrunku rany po operacyi przepukliny poleca także Franke (22).

***) Kümmela „Holzfaser-Charpie“.

wielkości pięści, owinięta dobrze w miękką gazę, i poduszeczkę tę odnawia się, skoro mocniej przemoczy się lub stolcem zabrudzi.

Operacyi u małych dzieci ze znieczuleniem miejscowem robić nie próbowałem, sądzę, że takiego postępowania nie można tu polecić, bowiem dziecko wobec najmniejszego bólu, a często i bez bólu krzyczy i wypycha jelita w przepuklinę, i w ten sposób znakomicie pracę utrudnia. Do uśpienia używałem chloroformu Anschütza, zawsze ze świeżo otworzonej buteleczki, i dając sposobem kroplowym tylko tyle, ile niezbędnie potrzeba, i maski nigdy na twarz dziecka nie zakładając. Zwykle trzymanie maski o kilka centymetrów od twarzy dziecka i bardzo niewielka ilość chloroformu wystarczają, i głębsze znieczulenie jest potrzebne tylko do wydobycia i oddzielenia woreczka przepuklinowego i podwiązania szyi tegoż. Do szycia głębokich mięśni lepiej jest, gdy dziecko tylko lekko śpi i mięśnie brzuszne są trochę napięte, bo wtedy i mięśnie i wiąz Pouparta czuje się i widzi o wiele wyraźniej, i szwy pewniej można nałożyć.

Żadnego groźnego przypadku w czasie lub po uśpieniu u małych dzieci nie miałem, i uważałem, że małe dzieci dobrze znoszą chloroform i często bardzo łatwo, po kilkunastu kroplach chloroformu usypiają *). W 17 przypadkach, gdzie operowałem równocześnie obustronną przepuklinę pachwinową i w kilku przypadkach, gdzie także równocześnie doszczętnie zaszyłem przepuklinę pachwinową i pępkową, przebieg uśpienia chloroformem Anschütza, ostrożnie dawkowanym, był również gładki. Wyniki trwałe w tych 79 operacyach przepukliny pachwinowej u 61 dzieci były następujące. Na 61 listownych zapytań, wysłanych w lipcu b. r., nadeszło 48 odpowiedzi. Z tych odpowiedzi wynika, że przepuklina powróciła tylko u 2 dzieci i wprawdzie u 5 letniej dziewczynki, która na małą przepuklinę

---

*) Największa część przytoczonych powyżej autorów, którzy mieli sposobność operować maleńkie dzieci i niemowlęta z powodu przepukliny, jest tegoż samego zdania, że nawet niemowlęta znoszą dobrze operacyę przepukliny i uśpienie, tylko Grunert, względnie Habs zrobili niekorzystne doświadczenia pod tym względem. Dla tego G. odradza bardzo od operacyi wolnej przepukliny u dzieci poniżej roku (33).

pachwinową była operowana bez wycięcia woreczka przepuklinowego. Choć przepuklina była mała i całkiem zaszyta, pozostawienie woreczka nawet wobec małej przepukliny okazało się błędnem. Drugie dziecko, u którego nawrót przepukliny nastąpił, był to 5 letni chłopiec, typowo według metody Bassiniego operowany. Przepuklina wróciła po przebyciu odry już w 5 tygodni po operacyi. U obu dzieci użyto do szwów mięśniowych nici celuloidowych. Jedno dziecko umarło w 14 dni po wyjściu z lecznicy na biegunkę krwawą, jedno po roku na „skrofuły“, przepuklina, jak pisze ojciec „zdaje się, nie powróciła“. Jedno dziecko zmarło po 16 miesiącach na „osłabienie“, przepuklina pozostała „zupełnie zagojoną“.

Jedno dziecko zmarło po 2 latach na szkarlatynę, przepuklina była „bardzo dobrze wyleczona“, jak pisze ojciec. — 42 dzieci, u których 50 przepuklin pachwinowych było operowanych, żyją dotąd bez nawrotu przepukliny. Z tych 50 przepuklin, trwale wyleczonych, było 13 operowanych przed 8—12 latami, — 17 przed 5—7½ latami, reszta przed $1^1/_4$ do 4½ latami. Wyniki w tychże tak po operacyach typowych sposobem Bassiniego, jak i po sposobie zmienionym, jak też po zaszyciu warstwowem ściany brzucha nad powrózkiem nasiennym bez odrywania powrózka nasiennego od swej podstawy w kanale pachwinowym i bez przemieszczenia tegoż w górny zewnętrzny kraniec rany, były dobre.

Co się tyczy wskazań do operacyi w naszych przypadkach, to tylko 3 razy operowano na żądanie rodziców małe przepukliny, o których można było sądzić, że noszenie paska mogłoby je w następstwie uleczyć. Jednakże jedna z tych 3 jest właśnie owa dziewczynka z nawrotem przepukliny po operacyi, u której dotąd pasek, mimo, że go już nosi 4 lata po operacyi, również nie usunął przepukliny.

W dwóch przypadkach przepukliny w czasie operacyi były uwięzione, w 3 innych przypadkach zapisano w dzienniku klinicznym, że poprzednio były już kilkakrotnie uwięzione i przez lekarza wprawione. W 18 przypadkach jest zapisane w dzienniku, że przepukliny były wielkie, względnie bardzo wielkie, po 12 — 14 centymetrów długości, sięgające prawie do kolan, do połowy uda i t. p. Reszta, t. j. 51 przypadków, dotyczyło prze-

puklin średniej wielkości, które po części już były leczone bezskutecznie za pomocą paska.

Nadmienić jeszcze muszę, że ów pasek, który wielu lekarzy uważa do dziś za bardzo niewinny i nieszkodliwy środek, nie jest bynajmniej tak nieszkodliwy. Już dość dużo szczegółów o objawach chorobowych, wywołanych przez pasek, znajduje się w piśmiennictwie. W mej praktyce widziałem 1 przypadek owrzodzenia skóry pod paskiem u małego dziecka z następnem zgorzelinowem zropieniem jądra wskutek, jak się zdaje, zbyt mocnego nakładania paska dziecku przez matkę, w drugim przypadku widziałem, że przepuklina pachwinowa u chłopca 7 letniego, noszącego pasek, zropiała wewnątrz, choć zewnętrznej rany wcale nie było widać, i spowodowała ogólne zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnem. Gdy mnie zawezwano do operacyi, i przepuklina i otrzewna brzuszna były już w stanie ropnego zapalenia.

Nie chciałbym iść tak daleko w rozszerzaniu wskazań do operacyi, jak niektórzy autorowie *), którzy stosowanie paska zupełnie zarzucają, a każdą przepuklinę pachwinową, choćby w pierwszych tygodniach po urodzeniu się dziecka, chcą operować, ale mam takie zapatrywania, jak Broca (11), Karewski (7), Fraenkel (19), Franke (22), W. de Garmo (35), Grossmann (46), Bossowski (13), Drobnik (15), Pomorski (30), Bogdanik (31) i inni, że należy, jak to Franke dobrze i jasno wyraził, przepukliny pachwinowe u małych dzieci operować, „jeżeli mimo kilkomiesięcznego noszenia paska, dobrze założonego i dobrze trzymającego, przepuklina nie zmniejsza się lub nawet powiększa", a dalej w tych wszystkich przypadkach, gdzie pasek wskutek wielkości przepukliny nie trzyma dobrze, lub sprowadza dziecku nie dające się usunąć dolegliwości".

Przypadek, który 16-go dnia po urodzeniu się dziecka operowałem, dotyczył przepukliny, jak na noworodka, stosunkowo niewielkiej.

Co się tyczy wreszcie sposobu operacyjnego u małych dzieci, to posługiwałem się, jak wyżej opisałem, w ciągu lat różnymi sposobami operacyi. Jednakże, pomimo, że sam w du-

*) Lorthioir (47), Schemmel (48), Castenholz (51).

żej liczbie przypadków stosowałem sposób Bassiniego, uważam za słuszne zdanie, wypowiedziane przez znaczną liczbę poniżej zestawionych autorów, jak Karewski (72), Gordon i Broca (11), Bayer (9), Drobnik (15), Maas (24), Anschütz (32), Bühlmann i Tavel (43), Castenholz (51), Grossmann (46), Węgłowski (40) i inni, że metody prostsze, a szczególniej wytwarzające stan względnie anatomicznie prawidłowy i dozwalające szybko wykonać operacyę, prędzej winny być stosowane w operacyach małych dzieci, niż sztuczne, a powikłane sposoby, jak Bassiniego, Kochera, Kremma (27) i inne. Podwiązanie i odcięcie woreczka przepuklinowego, względnie szyi tegoż, uważam za konieczne, nałożenie głębokich szwów mięśniowopowięziowych za bardzo pożądane według metody Fergussona (18), Hofmanna (28), Węgłowskiego (40), lub mojej, ale oddzielanie dolnej części woreczka przepuklinowego, jeżeli tenże jest mocno zrośnięty z powrózkiem lub z jądrem można uważać na mocy licznych spostrzeżeń poniższych autorów za zbyteczne, bo przedłużające znacznie czas operacyi *), a wyniki operacyi z pozostawieniem dolnej części odciętego woreczka przepuklinowego, z jądrem zrośniętego, są tak samo dobre, jak wyniki operacyi z całkowitem wydobyciem woreczka, którego część, jądro otaczająca, jest dla prawidłowej ruchomości jądra i dla prawidłowego odżywiania tegoż przydatna.

PIŚMIENNICTWO.

Z dostępnego mi piśmiennictwa zestawiłem prace, które albo tylko dotyczą operacyi doszczętnych przepukliny pachwinowej u małych dzieci albo obok ogólnych poglądów na ten rękoczyn podają operacye, wykonane u małych dzieci w większej liczbie, lub poddają krytycznemu przeglądowi,

---

*) Przypalanie wewnętrznej otrzewnowej powierzchni woreczka przepuklinowego, jak radził i wykonał Wölfler (52 i 53), okazało się zbytecznem i nie znalazło naśladowców. Tak samo za zbyteczne możemy uważać dziś wszelkie sztuczne metody zakładania jedwabnych lub metalowych szwów w ten sposób, by je następnie z głębi wyciągnąć można było, wobec doskonałego wgajania się struny jodowej, trzymającej się w głębokich szwach według grubości nitek 6—8 tygodni aż do zniknięcia przez wchłonienie.

oraz opisy metod operacyjnych, odnoszących się do operacyi dziecięcych, do których się w wykładzie mym odnoszę.

1) König, Lehrbuch der speziellen Chirurgie, III Auflage 1881, Tom II, str. 271. — W VI wydaniu z r. 1893 poleca już König wykonanie operacyi przepukliny, nie dającej się pod paskiem utrzymać, u małych dzieci.

2) Leisrink. Die moderne Radikal-operation der Unterleibsbrüche. Hamburg 1883, ref. w Zentrbl. f. Chir. 1883, № 30.

3) Karewski (Berlin). Über Radikaloperation von Skrotalbrüchen bei Kindern der ersten Lebensjahre, Deutsche medic. Wochenschrift 1892, № 5, zestawił z lat 1886—1891 52 operacye przepukliny pachwinowej u niemowląt i dzieci aż do 5 lat, przez różnych autorów po publikacyi Leisrinka ogłoszone (Anderegg, Franko, Barker, Stoker, Banks, Macewen, Turner, Cohn, Wolff, Thiem, Bassini, Heidenthaller, Wolter, Felizet), w tem 48 wyleczeń, 4 recydywy i 2 zejścia śmiertelne.

4) Bassini (Padwa). Über die Behandlung des Leistenbruches, Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie, 1890, T. 40, Z. 2, str. 429.

5) Bassini, l. c. str. 449, statystyki № 12.

6) L Szuman. Erfahrungen über Radikaloperationen grosser Leistenbrüche bei kleinen Kindern, Therapeutische Monatshefte 1894, Z. 3.

7) Karewski. Über Radikaloperationen von Skrotalhernien bei Kindern der ersten Lebensjahre, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XX Kongress 1891.

8) Escher (Triest). Über Bassinis Methode der Radikaloperation des Leistenbruches, Verhandl. d. Dtsch. Gesellschaft f. Chirg., XX Kongress 1891 str. 270.

9) Bayer (Praga Czeska). Zur Radikaloperation der freien Hernie bei Kindern, Prager med. Wochenschr. 1891, № 35, ref. w Zentralblatt für Chirurgie, 1891, № 47.

10) O. v. Büngner (Marburg). Zur Radikaloperation der Hernien. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1894, T. 38 str. 549.

11) G. Gordon. Die radikalen Bruchoperationen im Kinderhospital Trousseau in Paris. Deutsche med. Wochenschrift, 1894, str. 811. 250 operacyi przepukliny pachwinowej u dzieci, w tem 86 u dzieci aż do 5 lat, bez wypadku śmiertelnego. Pomiędzy 165 przypadkami, które od 6 miesięcy do 2 lat po operacyi zbadano, tylko 1 przypadek nawrotu choroby. Wyniki te przez Dr. Broca według jego własnej metody w szpitalu Trousseau osiągnięte dowodzą wymownie, jak korzystnie przebiega operacya u dzieci przy odpowiedniej technice i przy należytej desinfekcyi.

12) Karewski. Über radicale Bruchoperationen bei Kindern. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1894 str. 839.

13) A. Bossowski. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych wolnych u dzieci. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 1895. Przegląd lekarski 1895. № 34.

14) W. Bittner (Praga). Zur Radikaloperation der Inguinalhernien im Kindesalter. Langenbecks Archiv f. klin. Chir. 1895 T. 49 str. 803.

15) T. Drobnik. Radykalna operacya wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci. Nowiny lekarskie 1898. № 2.

57 operacyi z dobrym skutkiem bez przypadku śmierci.

16) Lebensohn. Radicaloperation der Hernien. Deutsche Zeitsch. f. Chir. 1898 T. 48 str. 538.

17) G. Slajmer (Lublany). Bericht über 150 Radikaloperationen d. freien Leistenbruches nach Wölfler. Archiv f. klin Chir. 1898 Tom 56 str. 891.

18) A. Fergusson (Chicago). Atypical operation for the radical cure of oblique inguinal hernia and atypical ones. Journal of the amer. med assoc. 1899. ref. w Zentralblatt für Chirurgie 1904 № 13.

19) A. Fränkel. Über Radikaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen. Zentralbl. f. Chir. 1899. № 47. Operował 68 dzieci z powodu przepukliny pachwinowej, w tem 16 niemowląt według metody Bassiniego bez przypadku śmiertelnego. Poleca bardzo wczesną radykalną operacyę u maleńkich dzieci i niemowląt. Najmłodsze dziecko miało dopiero 2 miesiące.

20) F. Karewski. Zur Radikaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen. Zentralbl. f. Chir. 1899. № 51.

21) Carlier (Lille). O wynikach przecięcia sznurka nasiennego. XIII miedzynarodowy kongres lekarski 1900. ref. w Przeglądzie lekarskim r. 1900 № 49.

22) F. Franke. Dürfen und sollen die freien Leistenbrüche kleiner Kinder operirt werden? Therapeutische Monatshefte 1900 № 2. — Operował z dobrym skutkiem 8 dzieci w wieku od 4 miesięcy do 2 lat według metody Bassiniego i jest gorącym zwolennikiem wczesnej radykalnej operacyi. W ostatnim ustępie swej rozprawy pisze F.: „Przepukliny pachwinowe u małych dzieci powinny być operowane, jeżeli mimo kilkumiesięcznego noszenia paska dobrze założonego i dobrze trzymającego przepuklina się nie zmniejsza lub nawet powiększa“. — Poleca użycie przylepca Beiersdorfa na pokrycie opatrunku.

23) Czajkowski (Sosnowice). O wyborze metody operacyjnej przepuklin i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych. Odczyt na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Gazeta lekarska 1901 T. XXI № 6 i inne.

24) H. Maass. Die Radicaloperation kindlicher Hernien. Deutsche med. Wochenschrift. 1901 str. 148 № 10.

25) F. Hahn (Klinika Rydygiera. Lwów). O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin. Przegląd lekarski 1902 № 27. — Porównaj № 37 niniejszego przeglądu piśmiennictwa.

26) S. Goldner. 800 Radikaloperationen nach Bassini und deren Dauerresultate. Archiv. f. klin. Chir. 1902 T. 58 str. 15.

27) P. Kremm (Ryga). Die Radikaloperation des kindlichen angeborenen Leistenbruches, Zentralblatt f. Chir. 1902 № 46.

28) C. Hofmann (Kolonia) (Szpital św. Józefa) Zur Radikaloperation der Leistenhernien mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse. Zentralbl. f. Chir. 1903 № 41.

29) O. Pott. Zur Prognose der Radikaloperation der Hernien. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1903 T. 70. str. 556, zestawił wyniki operacyi doszczętnych

przepukliny, podane przez dwustu autorów, począwszy od Leisrinka z r. 1883 aż do prac z r. 1902. W zestawieniu swem uwzględnia też szczegółowo rozprawy, dotyczące operacyi przepukliny pachwinowej u niemowląt i u małych dzieci.

30) Pomorski (Poznań). Operacya doszczętna przepuklin u dzieci. XIII zjazd chirurgów polskich w Krakowie. 1903. ref. w Przeglądzie lekarskim 1903 r. № 39.

31) Bogdanik, tamże.

32) W. Anschütz. Zur Operation der Scrotalhernien bei Kindern. Beiträge zur klin. Chir. T. 35. Z. 2 1903 ref. w Zentrbl. für Chir. 1903. № 10.

33) Grunert (Magdeburg). Über Herniotomien im Kindesalter insbesondere im Säuglingsalter. Deutsche Zeitsch. f. Chir. 1903 T. 68 str. 518. — Zestawia wyniki z oddziału chir. Dr. Habsa w szpitalu Magdeburg. — Ludenburg. Operowano metodą Bassiniego 34 dzieci z 38 przepuklinami, 21 dzieci od 1 roku 5 miesięcy aż da 10 lat bez zejścia śmiertelnego, — 13 niemowląt w wieku od 10 tygodni do 12 miesięcy, w tem 3 przypadki śmierci wskutek operacyi t. j 2 przypadki śmierci 2-go dnia po operacyi wskutek chloroformu, którego w jednym przypadku aż 80 gramów spotrzebowano, a 3-ci przypadek śmierci wskutek późnego ropienia w mosznie 26 dnia po operacyi. Wyniki Grunerta (względnie Habsa) są najmniej korzystne pomiędzy zestawionemi tutaj statystykami operacyi przepukliny pachwinowej u niemowląt. Stąd też Grunert uważa się za uprawnionego odradzać od operacyi radykalnej wolnych przepuklin u dzieci niżej 1 roku.

34) W. Stankiewicz. Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin. Gazeta lekarska 1904 № 20.

35) W. de Garmo. Hernia in young children. New Jork med. record 1904 Ferbruar 13. ref. w Zentrbl. f. Chir. 1905 № 17. Operował 149 dzieci niżej lat 14 bez recydywy i bez przypadku śmiertelnego wskutek operacyi. W 4 przypadkach operował niemowlęta przed skończonym 1 rokiem, ale tylko takie, gdzie już uwięźnienia były nastąpiły.

36) G. Kelbing. Radikaloperationen von Inguinalbruchen bei Kindern. Diss. Kiel 1904 ref. w Zentralbl. f. Chir. 1905 № 18.

37) F. Hahn (z kliniki radcy dworu, prof. Dr. Rydygiera w Krakowie i we Lwowie). Über die Endresultate der Radikaloperation der Unterleibsbrüche, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1904. T. 74, str. 122. — Dzieci do 5 lat operowano tylko 5, przeważnie zakładano paski przepuklinowe (l. c. str. 132).

38) Polina Daiches. Endresultate der Radicaloperation von Hernien, speciell der Inguinalhernien (z kliniki prof. Kochera i jego motodą II i III, po części także metodą Bassiniego operowanych) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1904, T. 75 str. 82 — 14 przepuklin aż do 7 lat, w tem 1 recydywa.

39) G. Connell. Is the transplantation of the cord necessary in the radical cure of inguinal hernia. Amer. journ. of the med. sciences 1905 ref. w Zentrbl. f. Chir. 1905 № 19.

40) R. Węgłowski (Moskwa). Operacya doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej. Gazeta ekarska 1906 № 9 i inn.

41) R. Węgłowski (Moskwa). Die anatomische Begründung der operativen Behandlung der Leistenbrüche. Archiv f. klin. Chir. 1907 T. 83. str. 69.

42) Sławiński. O częściowem wycinaniu powrózka nasiennego w operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej. Gazeta lekarska 1906 № 47.

43. Bühlmann (Bern). Über die operative Behandlung von Inguinalhernien bei Kindern. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906 T. 83. str. 324. Z oddziału prof. Tavela.

44) Th. Kocher (Bern). Radicaloperation des Leistenbruches. Chirurgische Operationslehre Wyd. 5. 1907 r. str. 760.

45) H. Maass (Berlin). Weitere Mitteilung zur Radicaloperation der Brüche bei Kindern. Berliner klin. Wochenschrift 1908 № 5 str. 212.

46) E. Grossmann (Frankfurt n. M.). Über die operative Behandlung der Hernien im Kindesalter. Münchner med. Wochenschrift 1908 № 19 str. 1012.

Poleca bardzo wczesne operacye u małych dzieci „we wszystkich przypadkach, gdzie konserwatywne leczenie nie doprowadziło szybko do celu". Wykonał 79 operacyi radykalnych przepukliny pachwinowej u dzieci, z tych tylko 4 dotyczyły przepuklin uwięzionych. W 28 wypadkach operowano niemowlęta w wieku od 1 do 12 miesięcy. Przebieg we wszystkich przypadkach był prawidłowy. Śmiertelnego zejścia nie było. Do chwytania moczu u dzieci operowanych używa G. zbieracza moczu przez siebie skonstruowanego a w Münchner med. Wochenschr. r. 1904 opisanego. — U małych dzieci robi prostą szybką operacyę, podwiązuje przecięty worek przepukliny i zeszywa 2—3 szwami powięź.

47) Lorthioir (Bruksela). II Kongress międzynarodowy chirurgiczny w Brukseli, ref. Therapeutische Monatshefte 1909 str. 277.

48) Schemmel (Detmold). Bericht über 208 Fälle von Unterleibsbrüchen. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1909. T. 103 Z. 1—2 str. 19. Operował doszczętnie przepuklinę pachwinową u 15 dzieci w pierwszym roku życia z dobrym i trwałym skutkiem, i jest zwolennikiem leczenia przepukliny pachwinowej u dzieci zaraz w pierwszych miesiącach życia w każdym przypadku, ponieważ noszenie paska uważa za bezcelowe dla wyleczenia przepukliny i często za więcej uciążliwe dla małego pacyenta, niż operacya, która go zwykle w kilka lub kilkanaście dni wylecza. W pierwszych 3 miesiącach życia operował 6 dzieci. Zejścia śmiertelnego u małych dzieci nie miał po operacyi.

49) L. Imfeld. Zur Radikaloperation nicht eingeklemmter Hernien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909 T. 103 Z. 1—2 str. 57.

50) A. Thiel (Reydt) Neue Operationsmethode bei abnorm grossen angeborenen Leistenbrüchen im Kindesalter, Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909 T. 99, Z. 3—6, str. 249.

51) Castenholz (Kolonia). Die chirurgische Behandlung reponibler Leistenbrüche im Kindesalter, Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1909. T. 99 str. 257. — Jest przeciwnikiem nakładania pasków, a wielkim zwolennikiem wczesnej operacyi u małych dzieci, u których tylko rozścięgno zeszywa szwami strunowymi, zaszywanie zaś otworu przepuklinowego aż do po-

wrózka nasiennego wykonuje tylko u starszych dzieci. C. podaje także dość szczegółowo piśmiennictwo angielskie z ostatnich lat, dotyczące tego przedmiotu, podczas gdy zestawienie pismiennictwa niemieckiego jest dość niekompletne.

52) A) Wölfler. Zur Radikaloperation des freien Leistenbruches. Beiträge z. Chir. Festschrift f. Th. Billroth, ref. w Zentrbl. f. Chir. 1893 № 23.

53) B) R. v. Frey (z kliniki Wölflera w Gracu). Zur Radikaloperation d. Bruches. Ref. tamże.

54) Zembrzuski L. O leczeniu przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci. Przegląd Chirurgiczny i Ginekol. T. I. Z. I.

Współistnienie różnych nowotworów w narządach płciowych kobiety

opracował

ZYGMUNT MONSIORSKI

ordynator ginekolog Szpitala Wolskiego

(5 spostrzeżeń własnych)

D-rowi med. Michałowi Sadowskiemu
pracę tę poświęcam.

Sprawa to nie jest nowa — spostrzeżeń w piśmiennictwie napotykamy dość. Prób uogólnienia spostrzeżeń i wyprowadzenia z nich jakichkolwiek wniosków dotąd mamy mało. Patrzymy na zjawisko i studyujemy je, nie przewidując jeszcze dokładnie, do jakich to nas następstw doprowadzi. Czasami wydaje się, że tu możemy szukać rozwiązania zagadki powstawania nowotworów; w innych razach jest to poprostu przykrą niespodzianką dla chirurga, a jeszcze w innych — jednoczesna obecność różnych guzów daje pobudkę do sporu w sprawie techniki operacyjnej, najbardziej odpowiedniej do leczenia danej sprawy chorobowej. Nie należy też zapominać, że współistnienie nowotworów w ustroju ludzkim przedstawia nieraz trudności wielkie w ich rozpoznawaniu, a często bywa napotykane zupełnie nieoczekiwanie podczas operacyi. Taki np. przypadek Spantona (2), który obok włókniaka macicy znalazł mięsak sieci; lub przypadki Amanna (4), gdzie raz jednocześnie z włókniakiem macicy znaleziono raka okrężnicy wstępującej, a drugi — z torbielą jajnika raka okrężnicy zstępującej, dostatecznie ilustrują trudność rozpoznawania.

Z punktu widzenia praktyki ogólnej zajmujące są też fakty np. jednoczesnego powstawania nowotworów złośliwych jaj-

nika i raka żołądka: na 80 złośliwych guzów jajnika 13 raków żołądka (Engelhorn, 1), lub współistnienie nowotworów macicy z guzami otoczki nerkowej: 6 przypaków (Rösle, 3). Być może, i tu istnieje jakiś związek w powstawaniu nowotworów, wszelako trudno nawet kusić się o jego rozwiązanie. W pracy niniejszej uwzględnione będą tylko przypadki współistnienia guzów w narządach, powiązanych wspólną czynnością, w narządach płciowych kobiety. W krótkości tylko wspomnimy o guzach mieszanych, rzadziej napotykanych, a główną treść stanowić będzie obecność dwu lub więcej samodzielnych nowotworów różnej natury bądź w jednym narządzie, bądź w różnych narządach sfery płciowej.

CZĘŚĆ I.

Nowotwory mieszane.

Nowotwory mieszane nie należą do osobliwości. Rozdział niniejszy poświęcony jest tylko tym, które stanowią swojego rodzaju rara avis. Jedne z nich winny obudzić czujność chirurga, aby nie zadawalał się rozpoznaniem, opartem na cechach mikroskopowych, lecz wobec najmniejszej wątpliwości pamiętał o tych przypadkach, które w ostatnich latach były przedmiotem pokazów i prac specyalnych. Inne zaś do pewnego stopnia tłomaczą nam mechanizm powstawania guzów mieszanych, i jako takie zasługują na specyalną wzmiankę.

Zacznijmy od torbieli skórzastych. Czyż jest coś pospolitszego nad zaprzestanie naszych dalszych poszukiwań z chwilą, gdy na przekroju znajdujemy charakterystyczne cechy tych nowotworów?

Tymczasem piśmiennictwo poucza nas o zajmującem współistnieniu torbieli skórzastych z rakiem i z mięsakiem. Spostrzeżenia, możliwie zwięźle streszczone, bez wątpienia będą zajmujące dla czytelnika.

W r. 1904 Pompe van Meerdervoort (Haga) (5) ogłasza przypadek, w którym w 5 tygodni po operacyi torbieli skórzastej znaleziono masy złośliwe na pęcherzu moczowym, zrośnięte z kiszkami; stwierdzono niemożliwość ponownej operacyi.

W 1906 roku Geipel (9) przedstawia torbiel skórzastą z rakowem zwyrodnieniem; guz dał przerzuty do narządów jamy brzucha. W tym samym 1906 roku znajdujemy już pracę Gorizontowa (6), który, opierając się na 20 opisanych w piśmiennictwie przypadkach, dochodzi do wniosków następujących:

1) W etyologii powikłania torbieli skórzastych rakiem odgrywa rolę uraz, jako też działanie chemiczne i mechaniczne zawartości torbieli.

2) Teoretycznie rzecz biorąc, wszystkie postacie raka są możliwe w torbieli skórzastej; jednakże raków gruczolakowych nie znajdowano wcale; bywały tylko raki płaskokomórkowe a z 2 rodzajów tych ostatnich częściej napotykano postać cebulkową, niż gruczołowy rak powierzchniowy (Krompecher).

3) Kliniczny przebieg postaci cebulkowej jest bardzo złośliwy: guz szybko rośnie i szybko ustrój wyniszcza.

4) Jedyny skuteczny sposób walki z rakowo zwyrodniałą torbielą skórzastą stanowi wczesne wycięcie torbieli skórzastej, zanim nastąpi zwyrodnienie rakowe.

W roku zeszłym Schottlaender (7) znów przedstawił dwie torbiele skórzaste wielokomorowe, wolno leżące w jamie brzucha; w jednej z nich stwierdzono raka płaskokomórkowego.

Do tej kategoryi należy i przypadek Maiznera (8); przypadek ten torbieli skórzastej z rakiem, ze względu na jednoczesną obecność włókniaków w macicy, omawiany będzie na innem miejscu.

Widzimy więc, że należy być oględnym w rokowaniu w przypadkach torbieli skórzastych. Jeżeli zbyt mały odsetek współistnienia tych guzów z rakiem nie upoważnia nas jeszcze do wykonywania doszczętnej operacyi w każdym przypadku torbieli skórzastej; to, z drugiej strony, fakty powyższe winny skłonić nas do starannego badania mikroskopowego okazów, jako też do doszczętnego postępowania w razie obecności w guzie miejsc podejrzanych. O współistnieniu torbieli skórzastych z rakiem wspomina i Dmochowski w swej dyagnostyce, jako o zjawisku rzadkiem.

Torbiele skórzaste mają też łączyć się i z mięsakami. W roku 1905 Lorrain (10) przedstawia w Paryżu torbiel skórzastą, której wnętrze na $^1/_4$ powierzchni pokryte było czarnemi brodawkowatemi naroślami; owe narośle były to mięsaki

czerniaczkowe o okrągłych komórkach. Okaz pochodził od 50 letniej kobiety.

Mięsaki spotykano i w ścianie innych torbieli jajnika (Taylor, 12). Napotkano je również i we włókniakach macicy (Griffith i Williamson, 12; Violet, 13; Hauber, 16).

Wśród 138 włókniaków Hallauer znalazł 3% mięsakowo zwyrodniałych.

Pobieżnie tu wspomnieć należy, że gruczoły gruczolakowłókniaków ulegać mogą rakowemu zwyrodnieniu; że rak, dotykając bezpośrednio włókniaka, szczególniej rak jajnika i trzonu macicy, wżera się w niego (Hallauer, 15); rzadko zaś powstaje drogą przerzutu.

Dnia 23 marca 1910 r. Jakowski Józef przedstawił wielokomorową torbiel jajnika, posiadającą na pograniczu pomiędzy większą torbielą a kilku mniejszemi włókniak wielkości orzecha włoskiego; cały guz, wielkości głowy dziecka, pochodził od 28 letniej dziewicy.

Z innych kombinacyi w nowotworach mieszanych napotykano jeszcze chrzęstniak z włókniakiem.

Wogóle fakty istnienia guzów mieszanych nakazują nam pewną ostrożność w rozpoznawaniu, a wszyscy autorowie, którzy zajmowali się tą sprawą, radzą wcześnie operować i guzy niezłośliwe, t. j. włókniaki, ze względu na możliwość późniejszego zwyrodnienia złośliwego.

Tyle co do guzów mieszanych. Przechodzimy teraz do współistnienia dwu lub więcej guzów samodzielnych, odrębnie rosnących w narządach płciowych kobiety. Ugrupowanie ich nastręcza pewne trudności. Jeżeli traktować osobno współistnienie różnych postaci guzów złośliwych, a w innym rozdziale współistnienie guzów złośliwych z niezłośliwymi, wreszcie osobny rozdział poświęcić współistnieniu różnych form guzów niezłośliwych; bo wypadnie niejednokrotnie ten sam przypadek zaliczyć do różnych kategoryi. Zdarzy się, naprzykład, współistnienie raka z mięsakiem — kategorya pierwsza; ale w tym samym okazie są i włókniaki — a więc i kategorya druga.

Trudności te postaram się ominąć odpowiednią wzmianką w danej kategoryi; podział ten wydaje mi się jedynie możliwym i praktycznie ważnym.

CZĘŚĆ II.

Współistnienie nowotworów samodzielnych różnej natury w jednym lub różnych narządach sfery płciowej kobiety.

ROZDZIAŁ I.

Współistnienie różnych postaci nowotworów złośliwych.

Z praktycznego punku widzenia to współistnienie nie ma wielkiego znaczenia; dla leczenia jest to dla nas obojętne, czy mamy do czynienia z jednym tylko guzem złośliwym, czy z kombinacyą takich guzów. Natomiast dla anatomopatologa są to sprawy niezmiernie zajmujące.

Zanim przejdę do poszczególnych przypadków, przypomnę w krótkości wyniki doświadczeń Apolanta (27) na myszach.

Typem samoistnych nowotworów myszy jest gruczolak sutki. Gruczolak ten przeszczepiony daje z czasem typowy obraz raka; tkanka łączna w tych sprawach nie daje odczynu zupełnie. Natomiast, jeżeli powiększała się złośliwość guza, to obok raka zjawiał się mięsak, który stopniowo zapanowywał wyłącznie w obrazie choroby.

Po tych kilku słowach, przedwstępnie rzuconych, niżej przytoczone spostrzeżenia nie będą przedstawiały dla nas tylko wartości kazuistyki, lecz moga istotnie budzić specyalne zaciekawienie.

W 1898 roku v. Franqué (10), podając dwa przypadki jednoczesnej obecności w macicy raka i mięsaka, powiada, że wówczas było znanych tylko pięć tego rodzaju spostrzeżeń. Zdaniem tego autora, jeden guz ułatwia powstawanie drugiego, ale oba mają wspólną przyczynę.

Sehrt (26), opisując swój przypadek, zwraca uwagę, że rak i mięsak są ostrą granicą oddzielone od siebie. Okaz dowodzi, że rak jest tutaj wtórną formacyą, gdyż na jednej stronie guza jest bardzo rozwinięty mięsak, a na drugiej rozpoczynający się rak. Pobudką do powstania raka były tu bądź rozpadające się masy mięsaka, bądź od nich pochodzące drażniące substancye chemiczne; tam, gdzie śluzówka dotyka do świeżej tkanki mię-

saka, tam pozostaje ona bez zmiany; gdzie zaś styka się z obumarłą częścią mięsaka, tam powstają masy rakowe.

Herbert R. Spencer (25) pokazał w towarzystwie położniczem londyńskiem w roku 1906 okaz, pochodzący od bezpłodnej mężatki, chorej już od 4 lat; na okazie widać dwa guzy, które już makroskopowo różnią się znacznie, pod mikroskopem zaś jeden jest typowym rakiem, drugi zaś mięsakiem o okrągłych komórkach. Autor robi jedną tylko uwagę, że podobne fakty zdarzają się częściej, niż to przypuszcza się ogólnie. Nie bardzo zgadza się z tem fakt, że Piquand (24), zbierając w roku 1905 w piśmiennictwie przypadki mięsaka macicy, naliczył ich 461 (393 trzonu i 68 szyi) czystych; jeżeli weźmiemy pod uwagę, że mięsak macicy sam przez się nie należy do nowotworów, często występujących, to taka liczba czystych mięsaków dostatecznie oświetli rzadkość współistnienia mięsaka z rakiem.

Ballin (22) (u prof. Mengego) wziął za temat do rozprawy doktoryzacyjnej jedyny przypadek kombinacyi raka z mięsakiem w r. 1903.

Schaller (23) spostrzegał nadzwyczaj zajmujący przypadek i bardzo plastycznie go opisał, pokazując w Towarzystwie ginekologicznopołożniczem w Wirtembergii. Okaz pochodzi od chorej 66 letniej, która urodziła przed 38 laty, od 12 lat nie ma już peryodów, a od roku cierpi na krwotoki i śluzowe upławy. Szyja i część pochwowa macicy prawidłowe, na macicy guz nierówny, twardy, wielkości głowy dziecka. Zgłębnik wchodzi na długość 16 ctm. Prawdopodobne rozpoznanie: złośliwy guz we włókniakowatej macicy. Wywiadowcze skrobanie i badanie mikroskopowe wykazało obecność mięsaka o olbrzymich komórkach i raka gruczołowego. Doszczętna operacya drogą cięcia brzusznego. W 6 miesięcy potem chora zmarła. Na okazie widać gołem okiem liczne włókniaki; przy ujściu lewego jajowodu duży wrzód kraterowaty, dochodzący prawie do surowicówki; na dolnym brzegu wrzodu polip miękki o nierównej powierzchni. Mikroskop stwierdza, że cała śluzówka macicy i wrzód — to rak gruczołowy; polip zaś — to mięsak o olbrzymich komórkach; powierzchnia polipa znów rakowa. A więc na włókniakowej macicy rozwinął się rak gruczołowy trzonu z kraterowatem owrzodzeniem; dalej, na podstawie polipa – rozwinął się mięsak, pokryty na powierzchni rakiem.

W roku 1898 Franqué wspomina tylko o 5 takich przypadkach, w r. 1905 Scheller już ich naliczył dwanaście.

Podobny do powyższego przypadek spostrzegał Opitz (21). Okaz pochodzi od 57 letniej chorej; z powodu krwawień i upławów zrobiono jej wywiadowcze wyskrobanie macicy, które stwierdziło obecność raka i mięsaka. Na okazie widać w dnie część z rakiem gruczołowym; obok niego uklejowato wyrasta guz—to mięsak o komórkach wrzecionowatych z cząstkami śródbłoniaka.

Wspomniany wyżej Otto v. Franqué (20) spostrzegał analogiczny zespół i w jajowodach. Drogą cięcia brzusznego usunięto 51 letniej kobiecie dwa guzy: lewostronny dochodził do pępka, torbielowaty, twardy; prawostronny — wielkości głowy dziecka. Śmierć 3-go dnia po operacyi. Oba guzy wychodzą ze ścian jajowodów. Mikroskop wykazał w śluzówkach obu jajowodów raki, a w ścianach jajowodów mięsaki; oprócz tego w ścianie lewego jajowodu widać miejscami śródbłoniak, wychodzący ze śródbłonka naczyń krwionośnych. Pod otrzewną guz miał cechę czystego mięsaka. Był to 1-y przypadek rakomięsaka jajowodu; świadczy on wymownie, że wszystkie składowe części danego narządu mogą jednocześnie wytwarzać nowotwory.

W pracy mej nie kuszę się bynajmniej o podanie wszystkich bez wyjątku przypadków danej kategoryi: być może, że mimo najlepszych chęci niektóre są przeoczone, inne znów są podane w źródłach dla mnie niedostępnych. Chodzi mi przedewszystkiem o to, aby stwierdzić najpierw, że takie przypadki istnieją, że ich autorowie wygłaszali to lub inne zdanie w sprawie powstawania tej sprawy chorobowej. Jeżelibyśmy chcieli zestawić doświadczenia Apolanta z przypadkami klinicznymi, spostrzeżemy najpierw, że w niektórych razach mięsak uważany jest za guz pierwotny, a rak za twór wtórny; w innych znów widzimy, że odrazu kilka warstw danego narządu ulega przeistoczeniu: rak, mięsak, włókniak. Ma się wrażenie, jakby jedna wspólna przyczyna pobudzała tkanki do nieprawidłowej twórczości. Być może zresztą, że złośliwość nadmierna jednego guza o danym charakterze anatomopatologicznym w niektórych przypadkach pobudza tkankę sąsiednią do wytworzenia

innego guzą złośliwego o odmiennej zgoła budowie anatomicznej. Konieczne są dalsze spostrzeżenia, a głównie — staranne badania mikroskopowe wszystkich zespołów guzów.

ROZDZIAŁ II.

Współistnienie nowotworów złośliwych z niezłośliwymi.

Dla chirurga takie współistnienie jest niezmiernej wagi: jeżeli nie zawsze daje się wcześnie rozpoznać, to jednak bodaj podczas operacyi należy mieć je na względzie, gdyż jego obecność może zasadniczo wpłynąć na sposób wykonania naszego zabiegu.

W ostatnich 10 — 12 latach najwięcej spostrzeżeń namnożyło się w sprawie współistnienia włókniaka z rakiem, a sama kombinacya dała powód do licznych sporów na posiedzeniach towarzystw ginekologicznych całego świata.

a) Włókniak i rak.

Jakkolwiek ugrupowanie w porządku chronologicznym główniejszych spostrzeżeń i dyskusyi jedynie może dać dokładne pojęcie o danej sprawie i doprowadzić do pewnych wniosków; jednak uczynić muszę wyjątek dla spostrzeżenia własnego, jednego z pięciu, które stały się dla mnie bodźcem do opracowania niniejszego tematu.

Chora lat 51; urodziła dwoje dzieci, ostatnie przed laty przeszło dwudziestu. Zgłosiła się, wskazując na obfite gryzące wydzieliny z części rodnych. Od lat 6—8 nosiła wianek, którego nigdy ani sama nie wyjmowała, ani też lekarz nie oczyszczał. Miesiączkuje prawidłowo. Badając chorą, znalazłem w pochwie kawałki wianka celuloidowego z ostrymi końcami; po usunięciu tych szczątków, stwierdziłem dardzo głębokie owrzodzenie w pochwie, szczególnie w tylnem sklepieniu. Szyja maciczna przerośnięta, porozrywana, z małą nadżerką. Macica w przodopochyleniu, ruchoma, nieco powiększona; na tylnej ścianie — włókniak podsurowiczy wielkości dużego laskowego orzecha. Po odpowiedniem leczeniu owrzodzenia pochwy stopniowo zagoiły się. Po paru miesiącach względnie dobrego stanu, pocyentka zgłosiła się ponownie głównie dla sprawdzenia stanu zdrowia; mimochodem tylko zaznaczyła, że ma jeszcze nieco, ale bardzo mało, wydzielin śluzowych z pochwy. Tym razem część pochwowa wydała mi się nieco po-

dejrzaną: była na niej półksiężycowej formy nadżerka z prawej strony. Zaproponowałem próbne wyskrobanie, odcięcie szyi i zbadanie zarówno wyskrobin, jako też i wyciętych kawałków szyi; liczyłem, że w razie pomyślnego wyniku badania chora będzie już uwolniona od wszelkich zabiegów, będzie doszczętnie wyleczona. Stało się jednak inaczej: w wyskrobinie śluzówki macicznej nic podejrzanego nie znaleziono; natomiast wycięte kliny z części pochwowej dały typowy obraz raka. Wobec tego dokonałem operacyi doszczętnej; okazało się, że i gruczoły chłonne w niektórych miejscach wzdłuż przebiegu wielkich naczyń miedniczych były już nowotworowo zwyrodniałe.

Przydatki maciczne były zupełnie zdrowe. Chora wyzdrowiała; obecnie ma się dobrze.

Mamy więc do czynienia z jednoczesną obecnością raka i włókniaka w macicy; jako moment etyologiczny podkreślam kilkoletnie bez przerwy noszenie wianka, oraz długotrwały nieżyt pochwy. Operacya była wykonana z powodu stwierdzonego raka; włókniak był przedtem wykryty i, naturalnie, w niczem nie mógł wpłynąć na zmianę zabiegu. Następne spostrzeżenia wykażą, że zabieg często był wykonywany z powodu włókniaka i tylko przypadkowo znajdowano raka. I niespodzianka przykra, i położenie gorsze, należało bowiem nieraz zmieniać plan operacyi, o ile raka nie spostrzeżono zapóźno.

Przechodzę obecnie do wyszczególnienia ważniejszych spostrzeżeń i toczących się przy tem dyskusyi.

W roku 1897 Savor (28) pokazuje na posiedzeniu ginekologów wiedeńskich okaz, pochodzący od 52-u letniej wieloródki (5 porodów); od 3 lat miesiączkuje obficie; od roku powiększenie brzucha i obfite krwawienia. Guz sięgał do pępka. Cięcie brzuszne. Na otrzewnej przedniej ściany guza liczne guziczki wielkości ziarnka konopi. Zejście śmiertelne. Na sekcyi zwłok okazało się, że gruczoły chłonne pozaotrzewne były nowotworowo zwyrodniałe; znaleziono przerzuty raka w wątrobie, śledzionie i długich kościach. Badanie mikroskopowe okazu stwierdziło raka trzonu macicy, a ten rak dał początek przerzutom. Obecność dużego włókniaka utrudniała rozpoznanie raka za życia.

Czy istnieje związek pomiędzy powstawaniem raka a obecnością włókniaka — dotąd nierozstrzygnięto. Tym autorom, którzy biorą towarzyszący włókniakom przerostowy nieżyt śluzówki za okoliczność usposabiającą do raka, Savor od-

powiada, że nieżyt ten zdarza się często, a zespół raka z włókniakiem jest względnie rzadki.

W następnym roku Brosin (29) pokazał w Dreznie dwa przypadki. Jeden z nich dotyczył 43 letniej chorej z włókniakiem wielkości wiśni na macicy. Po rozszerzeniu kanału szyi blaszeńcem, znaleziono tam miejsce, wyglądające podejrzanie, wyskrobano je i pod mikroskopem stwierdzono raka. W drugim przypadku u kobiety 60 letniej macica była wielkości głowy dorosłego człowieka; po operacyi znaleziono w dnie masę włókniaków, a śluzówka była zmieniona rakowo.

W rozprawach Leopold zaznaczył, że w ostatnich tygodniach operował przypadek, w którym obok dużych włókniaków macicy śluzówka jej była rakowo zwyrodniała. Leopold radzi stosować w celach rozpoznawczych blaszeniec. Co się tyczy etyologii, Leopold przypomina, że Recklinghausen w artykule „Adenomyome und Cystadenome des Uterus“ pozostawił nierozstrzygniętem pytanie, czy istnieje związek między nabłonkiem cylindrycznym odsznurowanych gruczołów, znajdujących się w gruczolakowłókniakach, a powstawaniem raka.

Bardziej kategoryczne zdanie w tej sprawie wygłasza w tymże roku L. Boucaud (31). Twierdzi on najpierw, że współistnienie włókniaka z rakiem stanowi 3% wszystkich przypadków włókniaka, a więc nie jest bynajmniej rzadkie. A dalej w sprawie etyologii powiada, że włókniak ani nie zabezpiecza od raka, ani też nie usposabia do niego; włókniak nigdy nie ulega przeistoczeniu w raka. Jednoczesna obecność włókniaka i raka jest wprost przypadkowa.

W tym-że 1898 roku znajdujemy w druku jedyną, zdaje się, pracę polską w tym przedmiocie w Przeglądzie lekarskim. A. Świtalski (32) opisuje tam dwa własne przypadki. Pierwszy dotyczy 60-o letniej wieloródki (11 porodów). Polip sterczy z otworu szyi; badanie polipa wykazuje budowę raka; doszczętna operacya żegadłem. Na okazie widać przyczep na tylnej ścianie, powyżej otworu wewnętrznego kanału szyi. Przekrój polipa wykazuje miejsce jaśniejsze i ciemniejsze: jaśniejsze — to rak, ciemniejsze — to włókniak. Pokrycia śluzówkowego na guzie niema; śluzówka macicy prawidłowa.

Drugi przypadek Świtalskiego dotyczył 51 letniej chorej, która urodziła raz jeden; rozpoznano u niej włókniak wielkości

2 pięści; operacya Freunda, śmierć w 5 dni po operacyi. Na okazie widać oprócz włókniaka tylnej ściany silny przerost śluzówki, która dochodzi do $^1/_2$ ctm. grubości; badanie mikroskopowe śluzówki wykazuje raka grzuczołowego, który nawet wrósł w warstwę mięśniową. Switalski sądzi, że przez drażnienie włókniak wywołuje przerost gruczołów śluzówki, który najpierw prowadzi do powstania gruczolaka, a następnie i do raka. Dla tego radzi, lecząc włókniaki, zbadać najpierw, w jakim stanie jest śluzówka macicy.

Współcześnie z ostatnimi autorami pokazuje w Filadelfii (34) anatomopatolog Babcock trzy przypadki z praktyki Noble'a. W jednym był rak gruczołowy trzonu i włókniak śródmiąższowy dna macicy; w drugim — nabłoniak szyi i włókniak podśluzowy; w trzecim rozlany gruczolak trzonu i włókniak śródścienny dna. Interesujące są wnioski Babcocka: 1) Jednoczesne powstawanie włókniaka i raka jest częstsze, niż myślimy, i częstsze, niż nabłoniaków szyi (!) 2) Wyda się nam ono jeszcze częstszem, jeżeli weźmiemy pod uwagę częste powstawanie włókniaków w pewnym wieku. 3) Towarzyszący włókniakom przerost śluzówki sprzyja, zdaje się, rozwojowi nowotworów złośliwych. 4) Ażeby módz zarzucić dawną teoryę, jakoby włókniak miał usposabiać do raka, konieczne są dalsze poszukiwania. 5) Pożądane jest badanie śluzówki macicy u wszystkich chorych, dotkniętych włókniakiem.

Staram się nie nurzyć uwagi czytelnika szczegółami spostrzeżeń; dyskusye jednak mają tu zasadnicze znaczenie, podkreślając etapy rozwoju myśli ludzkiej. Dla naszego przedmiotu niezmiernie ważna jest teorya nowotworów Opitza (37). Przedstawiając macicę z rakiem szyi wraz z ropniakiem jajowodu, zaznacza, że w śluzówce stwierdzono przerost gruczołów, gdyż przenikają one nawet w warstwę mięśniową na kilka milimetrów. Między włóknami mięśniowemi widać tkankę, obfitującą w jądra. Pod surowicówką liczne włókniaki wielkości 1 mm., które, jak się zdaje, pochodzą z owej bogatej w jądra tkanki. W prawym jajowodzie gruczoły wnikają w warstwę mięśniową. W ścianie ropniaka jajowodowego również widać przedłużenia nabłonka; a w zniszczonej tkance fałd nowopowstałe włókna mięśniowe. W jajniku też widać wdrążenie w głąb powierzchownego nabłonka zarodkowego. Stąd

Opitz wyprowadza bardzo zajmujące wnioski. Pod wpływem przewlekłego przekrwienia, t. j. nadmiernego odżywiania się z tkanki łącznej macicy i jajowodów może powstać wzdłuż małych naczyń tkanka, składająca się z krótkich, wrzecionowatych, obfitujących w jądra, komórek. Ta zapalna tkanka zarodkowa ułatwia rozrastającemu się również nabłonkowi macicy i jajowodów przenikanie między włókna mięśniowe i dalszy w tem miejscu rozrost. Tkanka zarodkowa posiada własność wytwarzania włókien mięśniowych. Po usunięciu przekrwienia tkanka zarodkowa, o ile nie wytworzyły się już włókna mięśniowe, może zamienić się na tkankę włóknistą. Włókniaki rozwijają się z tkanki zarodkowej zapalnej. Co się tyczy wdrążeń nabłonkowych w zapalnych stanach jajników i powstających stąd gruczolaków torbielowych z nabłonkiem migawkowym, przypadek przedstawiony wskazuje na prawdziwość hipotezy Gusserow-Nagela, według której te nowotwory powstają z zapaleń jajnika.

Teoryę tę podaję bez dalszych komentarzy; jest ona, jak czytelnik łatwo zrozumie, zbyt pociągającą dla zajmujących się sprawą współistnienia nowotworów.

Ogrom materyału uniemożliwia przytoczenie wszystkich przypadków; dotąd uwzględniałem te przypadki, o których rozprawy są dla czytelnika pouczające. Dalszy plan opracowania tego rozdziału ma na względzie jeszcze parę takich przypadków; następnie w tablicy wyliczone będą przypadki, przedstawiane lub opisane w ostatniem dziesięcioleciu, w których główną treścią jest opis okazu; później zaś przejdziemy do prac statystycznych, niezbędnych do wyświetlenia samej sprawy.

W roku 1901 Schoemaker (41) pokazuje przypadek raka i włókniaka tej-że macicy, zaznacza rzadkość przypadku. Noble przeczy mu, gdyż sam operował 5 takich przypadków; wskazuje przytem na tę okoliczność, że wraz z włókniakami rak szyi zdarza się rzadko, natomiast rak trzonu względnie często; w drażnieniu przez włókniak Noble widzi przyczynę powstawania raka.

Ostatni pokaz, który opisuję osobno przed tabelą i działem statystycznym, należy do Kubinyiego (77). Spostrzeżenie ma stwierdzać zdanie Wintera, że jednoczesna obecność obu guzów nie jest tylko przypadkowa.

Chora 62 letnia po 7—8 latach pauzy ma znów krwawienia od paru miesięcy; przytem wymiary brzucha powiększają się. U chorej stwierdzono guz już przed 23 laty, a przed 14 laty określono jego wielkość, jak głowa dziecka; wykonania operacyi wtedy nie doradzano; obecnie zaś usilnie nastawano na konieczność operacyi. Guz dochodzi do żeber, chełboce. Autor rozpoznaje włókniak torbielowaty, ale nie wyłącza torbieli jajnika. Po wykonaniu cięcia brzucha Kubinyi chciał ograniczyć się do odcięcia nadpochwowego, ale po odcięciu wylało się z jamy macicy dużo brunatnoczerwonego płynu; a że kikut również miał cechę złośliwości, więc go również usunął. Badanie okazu wykazało w dnie macicy włókniaki wielkości głowy dziecka; macica rozciągnięta, jak worek, i zawiera płyn krwawo-surowiczy. Rak wielkości pomarańczy zamyka kanał szyi. Śluzówka macicy w stanie przerostu.

Zdaniem autora, współistnienie tych guzów nie jest przypadkowe; świadczy o tem częsta łączność włókniaków z bardzo rzadkimi rakami trzonu. Kubinyi wspomina o pracach Falka, Pinkusa, Somera i szczególniej Noble'a, który na podstawie 337 przypadków twierdzi, że 30% nieoperowanych włókniaków ulega powikłaniom, szczególniej zaś mięsakiem i rakiem. Należy więc włókniaki wcześnie operować. Kubinyi podkreśla częsty nieżyt śluzówki w przypadkach włókniaków, i ten sam nieżyt przed rakiem; nieżyt śluzówki często stanowi punkt wyjścia dla raka. Pod względem klinicznym autor jest zdania, że krwawienia kobiet, dotkniętych włókniakiem, występujące po ustaniu peryodów, powinny zawsze wzbudzać podejrzenie; należy wówczas zbadać wnętrze macicy. W rozprawach Toth zaznaczył, że na macicach, wyciętych z powodu raka, często widywał pojedyncze włókniaki.

Resztę spostrzeżeń ostatniego dziesięciolecia podaję w postaci tabel; czytelnik łatwiej i prędzej obejmie ważniejsze szczegóły z pominięciem mniej ważnych. Przypadki te przeważnie były pokazywane, a dane o nich ograniczają się do wywiadów i opisu okazów.

Autor	Wiek chorej	Wywiady i zabieg	Opis okazu i uwagi
Schwarz (33)	51 l.	III—para. Od 2 lat powiększenie się brzucha. Guz dochodzi do pępka. Cięcie brzucha.	Po odcięciu nadpochwowem stwierdzono raka i wycięto kikut.
Jellett (35)	—	—	Włókniak macicy, która częściowo uległa rakowemu zwyrodnieniu.
Neumann (36)	—	—	Włókniak trzonu wielkości pięści; włókniak szyi; podsurowicze torbiele na obu wodniakach jajowodów; gruczołowy polip na dnie macicy.
Ludwig (38)	—	—	Włókniak macicy z rakiem gruczołowym śluzówki trzonu.
Seeligman (40)	—	—	Włókniakowa macica usunięta z powodu raka szyi i trzonu.
Eichler (43)	48 l.	Nie obarczona dziedzicznie; peryody od 17 r. życia, typu 8/IV; 1 poród. Chora od 4—5 lat; duży brzuch, w ostatnich czasach krwawienia; rozpoznano włókniak.	Guz wielkości głowy dorosłego człowieka; jama macicy pokryta gąbczastemi naroślami, które pod mikroskopem okazują się rakiem gruczołowym.
Osterloh (45)	—	—	Rak trzonu macicy; obok tego wyraźnie wyczuwa się zewnątrz pojedyncze włókniaki; te ostatnie utrudniły rozpoznanie; zabieg doszczętny.
Grube (46)	68 l.	W ciąży nie była.	Włókniak, wielkości jaja, urodził się do pochwy; za nim był lejek rakowej tkanki.
Hugo Szasz (47)	48 l.	W ciąży nie była. Peryody od 16 do 45 r. życia. Od 9 miesięcy krwotoki i cuchnące wydzieliny.	Z tyłu macicy z prawej strony, i z przodu z lewej włókniaki wielkości małego jabłka. Z jamy wydobyto cząstkę do zbadania: znaleziono rak gruczołowy.

Autor	Wiek chorej	Wywiady i zabieg	Opis okazu i uwagi
Gustaw Dirner (48)	56 l.	2 porody; od pół roku obfite krwawienia; duży włókniak macicy; na szyi miękkie masy, mikroskopowo — rak gruczołowy.	Włókniaki podśluzowe śródścienne i podsurowicze śluzówka trzonu zdrowa; na szyi rak. Zdaniem autora, jednoczesna obecność guzów — przypadkowa.
Franqué (53)	—	—	Rak trzonu macicy jednocześnie z włókniakiem.
I. Philips (54)	49 l.	W ciąży nie była. Wskązuje na krwawienie. Znaleziono polip, co do którego mikroskop nie dał wyników pewnych; na tylnej ścianie włókniak.	Po odcięciu nadpochwowem stwierdzono rak w kikucie; ponowna operacya; wyzdrowienie.
Cornil (55)	—	—	W ścianie macicy usuniętej zabiegiem doszczętnym włókniak wielkości pięści; drugi, mały, w okolicy szyi. Oprócz tego w ścianie szyi mała okrągława jama, wypełniona miękkiemi naroślami, które okazały się rakiem. Mikroskopowo włókniak miał budowę typową, a śluzówka trzonu była brodawkowatym nabłoniakiem.
Maiss (56)	—	—	Rak trzonu z międzywięzadłowym włókniakiem.
Amann (58)	—	—	Dwa przypadki: w obu po za guzami, które urodziły się do pochwy, znajdowały się raki w okresie, nie nadającym się już do operacyi. W jednym z tych przypadków można było rozpoznać raka dopiero po usunięciu włókniaka.
Walter Stadion (60)	36 l.	Silne krwotoki.	Obok powiększonej macicy znaleziono guz, wielkości głowy dziecka; był to włókniak międzywięzadłowy. Przerzuty w brzuchu. Badanie mikroskopowe wykazało raka trzonu, który przeszedł na włókniak.

Autor	Wiek chorej	Wywiady i zabieg	Opis okazu i uwagi
Simon (61)	—	—	Włókniak macicy, jednoczesny rak jajnika.
Merkel (61)	35 l.	Nie rodziła; wydzielina cuchnąca; próbne skrobanie: rak gruczołowy; wycięcie przez pochwę.	Na okazie oprócz raka gruczołowego liczne włókniaki, dochodzące do wielkości wiśni.
"	67 l.	Nie rodziła. Włókniak macicy, dochodzący do pępka.	Odcięcie nadpochwowe; wnętrze macicy rozmiękczone; pod mikroskopem — rak gruczołowy.
"	63 l.	3 porody.	Duże włókniaki; odcięcie nadpochwowe; rak przechodzi na oba przymacicza; podwiązanie tętnic macicznych.
Hofmeier (62)	—	—	Macica włókniakowa z polipami włóknistymi, rakowato zwyrodniałymi.
Fleischlen (65)	56 l.	Od kilku tygodni krwawi; wyskrobanie; mikroskopowo gruczolak złośliwy, przechodzący w raka. Wycięcie guza pochwą.	Podśluzowy włókniak wypełnia całą macicę; śluzówka na nim złośliwie zwyrodniała, jako też i śluzówka przeciwległej ściany. Ucisk, wywierany przez włókniak, miał wywołać powstanie raka.
Bab (65)	46 l.	Rak szyi; zabieg doszczętny.	W trzonie duży pojedynczy włókniak. Niektóre gruczoły miały cechy złośliwe; a więc oprócz włókniaka rak szyi i rakowo zwyrodniałe gruczoły trzonu. Współistnienie nie jest przypadkowe i Winter na 36 przypadków miał 23 razy raka trzonu.
Koblanek (65)	—	—	Liczne włókniaki i złośliwy gruczolak.
Peraire et Cornil (69)	55 l.	Od 7 lat nie ma peryodów.	Włókniaki macicy. W dnie był obumarły guz. Zamiast śluzówki szara, zgorzelinowa, łatwo rwąca się tkanka. Mikroskopowo: część — rozpadający się włókniak, część — rak gruczołowy.

Autor	Wiek chorej	Wywiady i zabieg	Opis okazu i uwagi
Lomer (70)	54 l.	Zamężna od 4 lat; od roku śluzowy odpływ. Włókniak sięga do pępka. Zabieg doszczętny.	Na okazie rak galaretowaty z licznymi włókniakami.
Garkisch (71)	66 l.	—	Włókniak śródścienny i pierwotny rak śluzówki trzonu; oprócz tego były twory mięsakowe.
Wiesinger (72)	55 l.	Włókniak sterczy w otworze macicy. W parę miesięcy po usunięciu go krwawienia nieprawidłowe i cuchnąca wydzielina. Wycięcie przez pochwę.	Wewnątrz macicy okazał się rak.
"	53 l.	W czasie skrobania z powodu krwawień wyszedł włókniak wielkości kasztana.	Pod mikroskopem w wyskrobinie stwierdzono wczesny okres raka.
Falk (74)	54 l.	—	Macica z licznymi włókniakami; śluzówka rakowa zwyrodniała. Autor zwraca uwagę na częstsze współistnienie włókniaka z rakiem trzonu, niż z rakiem szyi.
Pinkuss (75)	50 l.	Krwawienie maciczne od roku.	Włókniak wielkości 2 pięści z carcino-adenoma villosum na dnie macicy; wycięcie przez pochwę.
Henkel (78)	37 l.	—	Oprócz dwu dużych, międzywięzadłowo rozwiniętych i częściowo torbielowato zwyrodniałych włókniaków, na trzonie macicy rak.
Wiener (79)	45 l.	—	Liczne włókniaki macicy; jednocześnie rozpoczynający sie rak szyi i obustronne ropniaki jajowodów.
Orthmann (80)	70 l.	Nie była w ciąży; od 5 tygodni upławy i krwawienia. Próbne skrobanie; rak. Cięcie brzucha; po 6 dniach— zejście śmiertelne.	W trzonie macicy rak, jako też dwa większe i kilka mniejszych włókniaków.

Autor	Wiek chorej	Wywiady i zabieg	Opis okazu i uwagi
Rosenstein (81)	47 l.	V—para, bardzo niedokrwista.	Włókniak wielkości głowy dorosłego, z rakiem części pochwowej i obustronnym ropniakiem jajowodów. Zabieg doszczętny.
Deseniss	—	—	W macicy oprócz włókniaka jest rak, który już przeszedł na pochwę. Oprócz tego obustronny ropniak jajowodu.
Rouffart (39)	—	—	Włókniak, powikłany rakiem gruczołowym całej jamy i szyi; najpierw odcięto Paquelinem macicę od pochwy, a potem dokonano operacyi doszczętnej przez cięcie brzuszne. Wyzdrowienie.
Aulhorn (83)	54 l.	Od kilku tygodni nieprawidłowe krwawienia. Macica wielkości pięści; pomimo rozpoznania włókniaków zrobiono próbne skrobanie; mikroskopowo: rak trzonu. Wycięcie przez pochwę.	Na okazie widać rakowe zmiany w śluzówce; oprócz tego przy prawym brzegu włókniak wielkości jaja kurzego, pokryty rakowo zwyrodniałą śluzówką; rak od włókniaka odgranicza się ostro.

W tabeli powyższej nie miałem zamiaru wyliczania wszystkich znanych przypadków współistnienia raka z włókniakiem. Jak wkrótce zobaczymy z prac statystycznych, liczba tych przypadków sięga, a nawet przewyższa dwie setki. Tabela ma na celu dać czytelnikowi pewien obraz choroby i preparatu, oraz możności porównania wniosków innych autorów z tymi, które nastręczają się z zebranego tutaj materyału. Zawiera ona przypadki z ostatnich lat 12. Herbert Kruger (50) w roku 1905 ogłosił 23 przypadki, wśród których rak 8 razy był w trzonie, 8 na szyi i 17 na części pochwowej. Oprócz tego przytoczył z piśmiennictwa 106 przypadków raka trzonu, powikłanego współistnieniem włókniaka, oraz 42 przypadki raka szyi i części pochwowej w tym-że zespole (już w roku 1905!). Te liczby potwierdzają zdanie Wintera, że rak trzonu częściej zdarza się

współcześnie z włókniakiem, niż rak szyi i części pochwowej. Ta okoliczność przemawia na korzyść jakiegoś związku między rakiem trzonu a włókniakiem, ale istota tego związku pozostaje, według Krügera, niewyjaśniona.

Jak dalece nie można liczyć na wyczerpującą kazuistykę przypadków, wnosimy stąd, że w tym samym 1905 roku G. Piquard (68) podaje w tym przedmiocie inne liczby. Zebrał on najpierw 45 przypadków powstawania nabłoniaka we włókniaku, na mocy których twierdzi, że rak pochodzi wówczas z raka śluzówki macicy, lub z raka jajnika. Co się zaś tyczy jednoczesnego powstawania raka trzonu i włókniaka, to jest ono dość częste. Autor zebrał takich przypadków 179. — Wśród 1000 włókniaków macicy Piquard stwierdził 15 razy, a zatem tylko w 1,5%, obecność raka trzonu, to znaczy 8 — 9 razy częściej niż u prawidłowych zdrowych kobiet. Szczególniej u nierodzących w wieku lat od 50—60 rak zdarza się często wraz z włókniakiem. Usposabia do raka przewlekły nieżyt macicy. — Stosunki między włókniakami a rakiem szyi są mniej wyraźne; napewno jednak rak szyi częściej zdarza się wobec włókniaka macicy, niż w macicy zdrowej. Najczęściej zapadają na raka szyi wieloródki w wieku lat 40 — 50, cierpiące na włókniaki macicy.

Prawda, że było to w roku 1901, ale wtedy na zasadzie własnych zestawień Dorland (42) dochodzi do odmiennych wniosków. Powiada on, że powikłanie włókniaka macicy rakiem szyi jest dość częste i wynosi według Williamsa 9%; natomiast takie przypadki, w których na tym samym odcinku macicy znajdują się oba guzy, są rzadkie. Właśnie w takim przypadku Dorland dokonał wycięcia macicy i opisał dokładnie stosunki histologiczne. Z piśmiennictwa zaś zebrał tylko 19 podobnych zespołów nowotworów. Jeżeli rak szyi powstaje wobec włókniaka trzonu, to, zdaniem autora, obfitość naczyń i ciągłe drażnienie powiększoną wydzieliną ułatwiają tworzenie się na szyi nowotworu złośliwego.

Widzieliśmy powyżej, że Piquard oblicza na 1,5% odsetek współistnienia włókniaka z rakiem; Redlich (44), opisując 112 przypadków włókniaka, operowanych przez Reina, podaje 2,6% włókniaków, powikłanych złośliwymi nowotworami: rakiem i mięsakiem; mniej więcej na raka wypadnie podobna liczba.

Natomiast w rozprawie Piquanda (64) znajdujemy, że ze 100 włókniaków 9 było powikłanych rakiem, a 6 mięsakiem; różnica olbrzymia w porównaniu z tamtemi liczbami, które bardziej zbliżają się do rzeczywistości.

W roku 1906 Bland-Sutton (67) opisuje 500 przypadków włókniaka, a wśród nich 8 powikłanych rakiem (1,6%). Autor ten twierdzi, że dziś niemożna jeszcze powiedzieć, by włókniak usposabiał do raka trzonu; w tym kierunku potrzebne są dalsze badania.

I Sutton również potwierdza okoliczność, aż nadto widoczną i z naszej tabeli, że omawiany zespół nowotworów najczęściej występuje między 50 a 60 rokiem, u niezamężnych lub bezdzietnych kobiet; rak zaś bez włókniaka ma o wiele szersze granice wieku chorych. Wśród tych 500 przypadków Bland-Sutton znalazł dwa pierwotne raki jajowodów.

Z innych autorów przytoczę jeszcze Elis Essen-Möllera (52) i Souliera (84); obaj oni podają odsetek współistnienia włókniaka z rakiem na 3%. Tak więc, jeżeli pominąć liczby Piquanda, jako zbyt krańcowe, widzimy, że reszta autorów różni się tylko w granicach 1,6 do 3%. Z tych jednak liczba 1,6, jako oparta na dużej statystyce, wydaje się bliższą prawdy.

W sprawie objawów klinicznych, mogących jeżeli nie ustalić rozpoznania, to przynajmniej obudzić podejrzenie raka w przypadku włókniaka, zaznaczyć muszę tak często powtarzającą się w wywiadach tabeli naszej cuchnącą wydzielinę i nieprawidłowe krwawienia.

A. Combris (66) zwraca również uwagę na cuchnący wypływ i okresowe napady bólu. Winter zaś (63) ogólnie powiada, że jeżeli występują objawy, rzadko towarzyszące włókniakowi, a częściej rakowi, to należy poszukać raka trzonu lub szyi.

Możemy więc twierdzić, że jeżeli u chorej między 50 a 60 rokiem życia, po przekwicie, występują ponownie krwawienia i cuchnący wypływ, to w obecności u niej włókniaka należy poszukiwać raka. W tym celu po rozszerzeniu kanału szyi blaszeńcem staramy się zbadać jamę macicy palcem, lub też kilku ruchami łyżeczki wydobywamy ostrożnie nieco kawałków śluzówki, i tę poddajemy badaniu mikroskopowemu. Lekceważąc tę ostrożność, narażamy chorą i siebie na zawód i podnosimy śmiertelność zabiegu z 4—5% (Sarwey (73) na 7%.

Przypuśćmy teraz, że operator stale liczy się z możliwością powikłania włókniaka rakiem; czy wobec tego, że środki rozpoznawcze zawieść mogą, nie powinniśmy zarzucić zupełnie odcięcia nadpochwowego macicy i wycinać zawsze macicę doszczętnie? Ta sprawa łączy się ze spostrzeżeniami złośliwego zwyrodnienia kikuta po nadpochwowem odcięciu i jasno przedstawia się w oświetleniu rozpraw odnośnych w towarzystwach ginekologicznych. Temat to jest obszerny; pominąć go jednak nie można, inaczej bowiem obraz współistnienia włókniaka macicy z rakiem byłby niezupełny, a w sprawie postępowania leczniczego chirurg nie znalazłby w mej pracy wyczerpujących wskazówek.

W roku 1898 Savor (84) pokazał w wiedeńskiem towarzystwie ginekologicznem okaz, pochodzący od chorej 52 letniej, której przed 4 laty dokonano odcięcia nadpochwowego macicy z powodu włókniaka wielkości głowy dziecka. Włókniak był unieruchomiony w jamie Douglasa. Przed 5 miesiącami — wypływ żółtawy z pochwy, a po nim krwawienie. Savor poradził wywiadowcze skrobanie, lecz pacyentka znikła i zjawiła się ponownie przed miesiącem. Przednia warga kikuta szyi dobrze zachowana, tylna w rozpadzie, który już przechodzi na pochwę. Przedsięwzięto wycięcie chorego kawałka macicy. Okaz skurczony ma jeszcze 7 ctm. długości. Jest zajmujące, że kanał szyi na 1 ctm. poniżej miejsca odcięcia wydaje się zupełnie zarośniętym. Takie przypadki, zdaniem Savora, powinny skłaniać nas do wycinania doszczętnego macic włókniakowych; zna on jeszcze 3 przypadki z kliniki Chrobaka, w których po wycięciu włókniaka rozwinął się rak. Piąty przypadek znany mu jest prywatnie od Hackera. Erlach zgadza się z Savorem i sam również spostrzegał taki przypadek.

Mniej więcej w tym samym duchu toczyły się rozprawy w Wiedniu w rok później; Fleischman (85) donosi o przypadku, który operował z Bentockiem w roku 1891: był to włókniak, sięgający do pępka. W 7 lat później pokazało się krwawienie z pochwy, doradzono więc chorej operacyę. Część pochwowa, wielkości małej pięści, nie dała się w całości usunąć; pozostałą resztę przypalono. Rak rozwijał się dalej. — Przypadek ten jest, według Fleischmana, wskazówką, że należy operować włókniaki doszczętnie. Jacobs spostrzegał takie same dwa przy-

padki i jest tego samego zdania; tymczasem Saenger, Zweifel i Abel w późniejszem zwyrodnieniu kikuta nie widzą należytego motywu do zarzucenia odcięcia nadpochwowego. Z uczestniczących w rozprawach Savor oświadczył się za zabiegiem doszczętnym, Wertheim również, ale Wertheim wobec trudnych anatomicznych warunków dopuszcza odcięcie nadpochwowe. Schauta uważa, że pozostawiona szyja zapada, być może, nie częściej na raka, niż szyja istniejącej macicy; ale nie widzi racyi, dla czego mamy zostawiać nieużyteczny organ.

W 1902 roku Condamin (86) z Lyonu ogłasza dwa przypadki zwyrodnienia kikuta po odcięciu nadpochwowem. Jeden z nich dotyczy 58-o letniej chorej, której dokonano odcięcia nadpochwowego macicy z powodu dużego włókniaka wobec zupełnie zdrowej szyi. W rok potem krwawienia wystąpiły ponownie, a na dnie pochwy zjawiły się gąbczaste masy rakowate, które przeszły wkrótce na bliznę brzuszną.

W drugim przypadku w 4 lata po nadpochwowem odcięciu również z powodu włókniaków dokonywano operacyi przepukliny, przy czem zauważono znaczne powiększenie się kikuta. Jeszcze po 2 miesiącach przekonano się, ze w kikucie szyi jest guz złośliwy, że rozrósł się on dokoła, przeszedł na ściany brzucha, nie nadawał się więc już do operacyi.

Jak mamy zapatrywać się na rakowe zwyrodnienie kikuta: czy w nim był rak już podczas pierwszej operacyi, czy też rakowi uległa później szyja, która podczas pierwszej operacyi byłą jeszcze zdrowa — na to daje nam odpowiedź Küstner (87) w dyskusyi w towarzystwie ginekologicznem we Wrocławiu w roku 1903. Powiada on, że nie widział nigdy raka na pozostawionej zdrowej szyi. Küstner, jak to zobaczymy później, jest zdecydowanym zwolennikiem odcięcia nadpochwowego macicy w operowaniu włókniaków. Tę samą metodę operowania poleca i Haultain (88), a to ze względu na rzadkość powstawania raka w pozostawionym kikucie szyi. Ta pobudka skłania i prof. Lumpego z Salzburga (89) do wykonywania we włókniakach— nadpochwowego odcięcia. Jego przypadek zwyrodnienia pozostawionej szyi, trzynasty z rzędu z tych, jakie tu wymieniamy, dotyczył 42 letniej wieloródki (8 ciąży), u której w 9 ciąży z powodu zmięknienia kości dokonąno odcięcia macicy nadpochwowego; w 8 miesięcy później — rak części pochwowej. Zabieg

ponowny, chora w rekonwalescencyi. Tu, jak widzimy, pierwsza operacya dokonana była nie z powodu włókniaka, a w ciąży z powodu zmięknienia kości; o ile więc chora przed operacyą była badana dokładnie, to należy przypuszczać, że zdrowa podówczas szyja w tak krótkim czasie uległa rakowemu zwyrodnieniu.

Jednym z pierwszych, który spostrzegał raka nie w pozostawionym kikucie szyi, a w bliźnie pochwy po doszczętnej operacyi z powodu włókniaka, był Wörner (59). Powiada on, że na razie, badając okaz, nic podejrzanego nie znaleziono; dopiero po wystąpieniu raka stwierdzono w jednym z włókniaków małe złośliwe gniazdo; śluzówka macicy była zdrowa.

Wszystkie podobne przypadki skrzętnie są podawane do dziś dnia w piśmiennictwie; nie mogę więc i tu żadnego pominąć. W Paryżu w 1904 r. M. Peraire i X. Bender (90) w Towarzystwie anatomicznem mówią o przypadku następującym. Chorej 52-u letniej dokonano odcięcia nadpochwowego macicy z powodu nadmiernych krwawień, wywoływanych włókniakiem podśluzowym. W 4 miesiące potem stwierdzono liczne małe twarde polipy i usunięto je. W miesiąc później — nowe krwawienia i wychudnięcie: okazuje się, że ściany pochwy są już rakowo nacieczone, a operacya już niemożliwa.

Piętnasty i szesnasty przypadek należą do Bland-Suttona (92).

Ogólne uwagi w obchodzącej nas sprawie znajdujemy u Richelota (91). Znamy wszyscy jego teoryę, na mocy której obraz przewlekłego miąższowego zapalenia macicy jest wskazaniem do wycinania macicy. Do tego punktu wyjścia zmierza on, omawiając i sprawę włókniaków. Dla niego włókniaki nie są bezwzględnie niezłośliwe; wylicza różne powikłania tych guzów, a między innemi zwyrodnienia — mięsakowe i rakowe. Do nabłonkowych nowotworów we włókniaku usposabia, zdaniem Richelota, przerost gruczołów śluzówki. To zdanie znajduje swe potwierdzenie w częstej obecności włókniaków na macicach, wyciętych z powodu raka. Wspólnem zaś niejako podłożem i dla włókniaka i dla raka jest „metritis parenchymatosa“, należy więc w tej chorobie wycinać macicę. Co się tyczy sposobu operowania we włókniakach, Richolot radzi wtedy operować doszczętnie

W roku 1907 Graefe (93) w Lipsku zna tylko 13 przypadków zwyrodnienia kikuta szyi po odcięciu nadpochwowem; w dyskusyi Zweifel zaznacza, że sam miał podobny przypadek, według naszej rachuby—siedemnasty. Następny przypadek należy do Lindena (94). Chora lat 56, nigdy nie urodziła. Od roku obfite miesiączkowanie i objawy uciskowe ze strony pęcherza i odbytnicy. Odcięcie nadpochwowe dużej włókniakowej macicy. Po 5 latach znów krwawienia oraz cuchnąca wydzielina. Rak wielkości 5 frankowej monety. Wycięcie przez pochwę. Po 9 miesiącach niema jeszcze nawrotu. Zdaniem Lindena, 0,5% przypadków po nadpochwowem odcięciu macicy włókniakowatej ulega rakowi. Radzi operować w tych razach doszczętnie, chociaż ta metoda daje większą śmiertelność.

Ścisły obrachunek przypadków, o ile wyłączymy jeden z podanych tu przypadków — w zmięknieniu kości, znajdujemy u Burckharda (95); podaje on swój własny przypadek, jako ośmnasty. Opierając się na tem, że śmiertelność po doszczętnym zabiegu jest dwa razy większa, niż po odcięciu nadpochwowem, radzi stosować tem ostatni sposób, choćby nawet miał potem powstać rak w kikucie.

Jak wyżej wspomnieliśmy, Küstner jest zdecydowanym zwolennikiem odcięcia nadpochwowego; uzasadnia on to w sposób przekonywający w grudniu 1908 roku (96). Powiada, że po zabiegu doszczętnym następują zniekształcenia pochwy, których lekceważyć nie powinno. W sklepieniu pochwy zjawiają się zrosty, stające na przeszkodzie spółkowaniu; zrosty te są następstwem faktu, że pochwa jest wtedy kanałem suchym. Złuszczanie się zrogowaciałego nabłonka jest nieprawidłowe; następuje odleżyna i zrost dwu przeciwległych powierzchni. Jeżeli zaś, operując, zostawiamy kawałek szyi, to wydzielina gruczołów zwilża ściany pochwy, reguluje odnowę nabłonka, przeszkadza zrogowaceniu, wysychaniu i tworzeniu się odleżyn. Ważniejsze, być może, jest to, że wydzielina szyi reguluje mikroflorę pochwy, posiadając własności zabójcze dla drobnoustrojów.

Motywy Küstnera oparte są, jak widzimy, nie na łatwości zabiegu lub mniejszej śmiertelności, lecz na fizyologii pochwy i szyi macicy; są one jedyne w piśmiennictwie, a posiadają istotną wartość.

Jak dalece spawa zwyrodnienia pozostałego kikuta szyi macicy zajmuje dziś chirurgów, wnosić możemy choćby stąd, że w bieżącym roku trzy razy zajmowano się tą sprawą w Paryżu w Societe de Chirurgie, a w niemieckim Centralblatt f. Gynäckologie są w tym roku już dwie rozprawy w tej sprawie. Posiedzenia chirurgów paryskich są zajmujące i ze względu na statystykę omawianej przez nas sprawy, i ze względu na kadry zwolenników operowania tym, lub innym sposobem.

W Maju r. b. Chaput oznajmił, że pośród 123 przypadków odcięcia nadpochwowego miał pięć razy rakowe zwyrodnienie kikuta, stwierdzone z całą pewnością, i dwa razy raka prawdopodobnego. Zdaniem Chaput'a, odcięcie nadpochwowe przyspiesza powstawanie raka u chorych z usposobieniem. Zapobiedz temu można przez wycięcie każdorazowe śluzówki szyi i części pochwowej, co prelegent nazywa „sterilisation du col".

Faure nie spostrzegał ani jednego podobnego przypadku; nie sądzi też, aby operacya miała przyspieszać powstanie raka; przeciwnie, uważa, że kikut szyi po zabiegu ulega zanikowi. Nie radzi więc ani zarzucać odcięcia nadpochwowego, ani wykonywać owego wyjałowienia szyi. Ricard również nie widział nigdy raka po odcięciu nadpochwowem. Delbet robi obecnie tylko doszczętną operacyę, i raz jeden w 4 miesiące po zabiegu znalazł raka w bliźnie pochwowej; dawniej, kiedy dokonywał odcięcia nadpochwowego, ani razu nie widział późniejszego raka w pozostawionym kikucie. W tej dyskusyi oryginalny poglad wyraził Quenu: według niego, czy to po zabiegu doszczętnym, czy to nadpochwowym rak rozwija się zawsze w bliźnie, a nie na śluzówce. Pogląd ten nie jest w piśmiennictwie zupełnie odosobniony, jak to zobaczymy poniżej. Na czerwcowem posiedzeniu chirurdzy paryscy znów poruszyli ten sam temat (98).

Potherat wykonał parę set odcięć nadpochwowych i ani razu nie widział zwyrodnienia kikuta; sądzi, że jeżeli rak później wyrasta, to był on już podczas operacyi; operacya zaś nie może wpływać usposabiająco na powstanie raka. Schwarz na 1000 odcięć nadpochwowych ani razu nie widział później rozwoju raka; przeciwnie widział go raz w bliźnie po zabiegu doszczętnym; na przyszłość więc będzie dokonywał w przypadkach włókniaków odcięcia nadpochwowego.

Sprawa współistnienia włókniaka i raka macicy nie jest widocznie dość znana, skoro na tem-że posiedzeniu Savariaud, wyrażając zdanie, iż w macicy może być włókniak i rak ukryty szyi, nie podaje o tej sprawie żadnych faktów z piśmiennictwa, jako też nikt z uczestników w tym kierunku rozpraw nie poprowadził. Savariaud raz znalazł nowotwór sterczący w kanale pozostawionej szyi. Morestin, zarówno jak Delbet, wycina doszczętnie macicę włókniakowatą; sądzi on, że zabieg doszczętny nie jest bynajmniej trudniejszy od odcięcia nadpochwowego; ongi, gdy jeszcze stosował ten ostatni zabieg, widział raz wtórny mięsak kikuta; mięsak bez wątpienia był już podczas operacyi, lecz został przeoczony. Segond dokonywa zawsze odcięcia nadpochwowego, o ile niema wskazań do sączkowania pochwy; nie widział ani razu wtórnego zwyrodnienia kikuta. To samo powiada i Monod. Mauclaire po swoich odcięciach nadpochwowych zwyrodnienia kikuta nie napotykał widział raz po operacyi innego chirurga, w 4 lata po zabiegu. Jeden z uczniów Mauclaire'a zebrał aż 31 (tu ich zebrałem tylko 23) przypadków z piśmiennictwa zwyrodnienia kikuta; w $^3/_4$ liczby przypadków rak rozwijał się w 2, 3, 4 i 5 lat po operacyi. Statystyka, według Mauclaire'a, wykazuje również 4 czy 5 przypadków (w mej pracy jest wzmianka tylko o 3-ch) raka w bliźnie pochwowej po zabiegu doszczętnym. Mauclaire jest tego samego zdania, co i Quenu, że nie śluzówka szyi, a blizna pochwy jest punktem wyjścia dla raka.

Ostatnie rozprawy o tym przedmiocie toczyły się jeszcze w tydzień później (99). Tuffier robi we włókniakach i tę, i tamtę operacyę; nigdy nie widział raka w kikucie; sądzi, że o ile występuje potem, to był już podczas operacyi, lecz został przeoczony. Lejars spostrzegał 2 razy (w tej pracy 24 i 25 przypadek) raka po odcięciach nadpochwowych, ale widział raz i po zabiegu doszczętnym; uważa, że obawa raka wtórnego nie jest większa, niż obawa raka wogóle, oraz, że fakty zwyrodnienia kikuta nie powinny wpływać na zarzucenie odcięcia nadpochwowego, które jest „szybsze, prostsze, i mniej niebezpieczne".

Riche na 190 odcięć nie napotkał ani razu wtórnego raka. Routier wykonywa zabieg doszczętny, o ile szyja wydaje mu się podejrzaną; widział dwa przypadki raka w bliźnie pochwowej po operacyi doszczętnej (5 i 6 przypadek w tej pracy); ani ra-

zu nie napotykał wtórnego raka w kikucie. Auvrey również wtórnego raka w kikucie nie spostrzegał, Souligoux zaś raz (26 przypadek) w 4 lata po operacyi.

Wynik więc rozpraw chirurgów paryskich jest taki, że oprócz trzech (Delbet, Morestin i Routier) reszta wykonywa we włókniakach odcięcie nadpochwowe; jedni napotykali raka w pozostawionym kikucie szyi, inni w bliźnie pochwy; a zamiast wskazać na jakiś związek istniejących współrzędnie włókniaka i raka, robi się o tem luźne przypuszczenie, lub też wyprowadza się pochodzenie raka nie ze śluzówki szyi, lecz z blizny pooperacyjnej.

Pomijając ucznia Mauclaire'a, według którego jest już 31 przypadków zwyrodnienia kikuta, zebrałem tu sam 26 takich przypadków; jeżeli dodamy do tego 6 przypadków raka w bliźnie pochwowej, otrzymamy liczbę 32 przypadków. Tymczasem Hinterstoisser (100) w roku bieżącym zna ich tylko dziesięć, autor ten, podając zasadę postępowania we włókniaku, powołuje się również na Küstnera i przytacza jego słowa: „Jako metoda operacyjna musi odcięcie nadpochwowe być typem, a zabieg doszczętny wyjątkiem, usprawiedliwionym przez osobliwości danego przypadku; dla chorej wielka wygrana, jeśli jej pozostawimy część pochwową i kawał szyi“. — Rachunek Hinterstoissera został poprawiony w № 36 Centralbl. f. G. przez Fleischmana, który również naliczył około 30 przypadków wtórnego raka po operacyach włókniaków.

Jeżelibyśmy teraz chcieli wyprowadzić wnioski w sprawie wpływu włókniaka na powstawanie raka, nie możemy, istotnie, pominąć częstego faktu istnienia przerostu śluzówki macicy wobec włókniaka. Ale, jak słusznie powiada Savor, ten przerost zdarza się często, a rak rzadko. Że jednak jest tu inne jakieś działanie włókniaka, dowodzi fakt, że rak trzonu zdarza się 8—9 razy częściej wobec włókniaka, niż bez niego. Na tem, zdaje się, i kończy się nasze dociekanie. Dalej możliwe są tylko hipotezy, że nadmierny ucisk włókniaka na dane miejsce śluzówki może ułatwiać powstawanie raka. W każdym razie, dla etyologii raka interesujące jest ujawnione tu działanie stałego drażniącego czynnika. Co się tyczy wpływu tego zespołu nowotworów na nasze postępowanie lekarskie, sądzę przedewszystkiem, że nie powinniśmy owego zjawiska lekceważyć. Trzymajmy się

istotnie w myśl zasad, ogólnie wyznawanych, odcięcia nadpochwowego w leczeniu włókniaków; ale nie zadowalajmy się w każdym przypadku stereotypowem rozpoznaniem włókniaka.

U chorych między 50 a 60 rokiem życia spostrzegajmy starannie objawy. Dowiadujmy się, czy nie ma cuchnącej wydzieliny, a w przypadkach podejrzanych — badajmy bądź palcem wnętrze macicy po rozszerzeniu jej blaszeńcem, bądź wydostajmy łyżką drobne kawałki śluzówki i poddajmy je badaniu mikroskopowemu. O ile zaś mikroskop wskaże nam istotnie raka, naturalnie — operujmy doszczętnie!

Drugą grupę współistnienia nowotworów złośliwych z niezłośliwymi stanowi współistnienie włókniaka z mięsakiem.

b) **Włókniak i mięsak.**

Współistnienie tych nowotworów jest o wiele rzadsze, niż poprzednie; nie dziw więc, że i liczba przypadków ogłaszanych jest bardzo ograniczona; za przeciąg ostatnich lat 12 znalazłem ich w piśmiennictwie zaledwie sześć. Naturalnie, mówię tu tylko o obu guzach odosobnionych.

Inna rzecz — mięsakowe zwyrodnienie włókniaków. Winter (93) ocenia liczbę zwyrodniałych w ten sposób włókniaków na 4% ogólnej liczby tych nowotworów; najczęściej ulegają mu włókniaki podśluzowe, bo aż w 9%. Piquand (60) znalazł dla swoich przypadków liczbę mięsakowego zwyrodnienia — 6%. Küstner zaś (96), nie negując takiego zwyrodnienia, powiada, że zwyrodniałe mięsakowo włókniaki są od początku mięsakami, różniąc się od zwykłych włókniaków jednostajnością na przekroju, brakiem otoczki i trudnością oddzielania się od więzów.

Przechodząc do właściwego tematu, przytaczam wspomniane sześć spostrzeżeń.

W 1901 roku Clark z Filadelfii (101) ogłasza przypadek, dotyczący 59 letniej chorej, u której w jamie macicy stwierdzono guz na szypule, rozpadający się i cuchnący; skrobaniem nie udało się go usunąć, przystąpiono więc do wycięcia macicy drogą brzuszną. Oprócz tego w lewej okolicy pachwinowej napotkano kiełbasowaty twór, opuszczający się aż do wargi i będący w łączności z więzem obłym; ten twór był ruchomy,

ale do jamy brzucha nie udało się go wciągnąć. Usunięto go przeto cięciem wzdłuż więzu Pouparta; miał on wymiary 8,0 : $6^3/_4$: $4^3/_4$, na powierzchni i na przekroju był biały, a badanie mikroskopowe wykazało budowę włókniaka. Natomiast guz w macicy nie był, jak oczekiwano, włókniakiem, lecz mięsakiem o komórkach okrągłych z częściowem zwyrodnieniem szklistem.

Drugi przypadek stanowi treść rozprawy doktoryzacyjnej K. Schultzego (102) z roku 1901. Pacyentka w leczeniu od lat dwóch z powodu włókniaka wielkości pomarańczy. Czasami silniejsze bóle, a podczas peryodu ciepłota 39°. Po przebytej influenzy silna gorączka, bóle, rozrost guza; z tego powodu przystąpiono do operacyi — odcięcia nadpochwowego. Trzon macicy wielkości głowy dziecka, na przecięciu widać miękkie masy. Mikroskopowo stwierdzono włókniak i mięsak o komórkach mieszanych, wychodzący z warstw okołonaczyniowych, a rosnący od śluzówki do obwodu.

W roku 1905 ogłasza Bauereisen (103) trzeci przypadek. Podczas operacyi znaleziono guz brodawkowaty, wychodzący z dna macicy, rozciągniętego włókniakiem; w jamie Douglasa— krwistek. W macicy jeszcze sporo włókniaków. Badanie wykazuje, że guz brodawkowaty wychodzi z otoczki włókniaka.

Jest to przypadek bezpośredniego powstawania guza nie z zabłąkanych komórek. Sam guz brodawkowaty składa się częściowo z włókien mięśniowych, częściowo zaś z włókniakowomięsakowatych gniazd.

Czwarty przypadek należy do Aulhorna (83). Chora lat 49, od kilku tygodni cierpi na nieprawidłowe krwawienia. Macica wielkości pięści, wyczuwają się pojedyncze włókniaki. Skrobanie wywiadowcze. Mikroskop nie dał wyników pewnych. Wycięcie drogą cięcia brzusznego. Liczne włókniaki śródścienne; śluzówka mocno zgrubiała, a w różnych miejscach wiszą na niej polipy. Polipy te okazują się pod mikroskopem — mięsakiem o komórkach okrągłych z licznemi komórkami olbrzymiemi. Mięsak odgranicza się ostro od włókniaka. Mamy więc do czynienia nie z mięsakowo zwyrodniałym włókniakiem, lecz z mięsakiem śluzówki w macicy włókniakowatej. Autor nastaje na konieczność wywiadowczego skrobania we włókniakach u chorych w okresie przekwitu.

Piąty i szósty przypadek są nieco do siebie podobne:

w obu mamy współistnienie włókniakomięsaka jajnika z włókniakiem macicy. Pierwszy z nich należy do Wienera (104), drugi do Knauera (105). Szczegóły tego ostatniego są następujące. U kobiety 62 letniej na przedniej ścianie macicy włókniak wielkości jaja kurzego; w jamie Douglasa znajdował się oddzielony od macicy, zupełnie zwapniały guz, wielkości pięści, który uważano za odsznurowany zwapniały włókniak. Na tym guzie leżała miękka masa wielkości jaja gołębiego, która okazała się pod mikroskopem włókniakomięsakiem jajnika.

Trudno z tych 6 spostrzeżeń wyciągnąć wniosek w sprawie związku włókniaka z mięsakiem. Co najwyżej możemy przyjąć do wiadomości, że takie współistnienie istnieje i nakazuje w pewnych razach oględność w wyborze sposobu operowania włókniaków.

Trzecią seryę współistnienia guzów złośliwych z niezłośliwymi stanowi — rak i torbiel.

c) Rak i torbiel.

Jedno tylko należące do tego działu spostrzeżenie znalazłem w piśmiennictwie; drugi przypadek mam własny. W obu rak dał przerzuty do torbieli. Przypadek Bormanna z Getyngi dotyczy 31 letniej chorej z rakiem płaskokomórkowym na części pochwowej oraz z guzem prawego jajnika. Badanie tego ostatniego wykazało gdzieniegdzie typową budowę torbieli; w innych zaś miejscach między gruczołami były masy rakowe, podobne do nowotworu części pochwowej. W niektórych miejscach rak przerżnął się do gruczołów, odsunął na bok i spłaszczył ich nabłonek. Masy rakowe łączą się wszędzie ze sobą. Zupełnie inaczej zachowują się niektóre miejsca wewnętrznej powierzchni torbieli, jako też i powierzchnia narośli brodawkowatych. Te również są pokryte wielowarstwowym, choć mniej zrogowaciałym płaskim nabłonkiem, podobnym do tamtego, lecz tutaj gniazda pojedyncze są odosobnione. Autor uważa, że w tym przypadku nastąpiło wszczepienie raka wewnątrz worka torbieli, analogicznie do wszczepienia komórek nowotworu na surowicówkach. Komórki na naroślach brodawkowatych nie są tak zrogowaciałe, jak na wewnętznej powierzchni torbieli, lecz

przez rozrost na powierzchni i tworzenie zagłębień przyjęły budowę skóry.

Spostrzeżenie własne:

Chora lat 43, wskazuje na żółte, a czasem czerwone upławy, na bardzo obfite peryody, ogólne osłabienie i ból w krzyżu; chora jest od pół roku.

Pierwszy peryod miała w 13 roku życia, następne co 4 tygodnie po 3—4 dni. Urodziła 4 razy siłami natury, bez powikłań, ostatni raz przed 15 laty; karmiła po 21 miesięcy każde dziecko. Poronień przechodziła dwa, ostatnie przed 12 laty w 6 tygodniu ciąży. Od ostatniego poronienia peryody obfitsze; ostatni peryod przed 3 tygodniami. Znajdujemy: macica powiększona, w przodopochyleniu; na szyi macicy rak, w jamie Douglasa—guz miękki. Dokonałem operacyi Wertheima: podczas cięcia brzucha okazały się bardzo liczne zrosty macicy i przydatków z siecią i kiszkami. Za macicą leżała torbiel wielkości pięści, wychodząca z prawego jajnika; torbiel w zrostach; w czasie oddzielania pękła, przyczem wylał się gęsty, ciemny, krwawy płyn. Lewy jajowód i jajnik — w zrostach. Po uwolnieniu organów ze zrostów, wycięto macicę wraz z przydatkami. Badanie mikroskopowe ściany torbieli wykazuje (zrobiono 4 preparaty) w tych miejscach, gdzie torbiel nie przylegała do macicy, budowę prawidłową: wewnętrzna powierzchnia pokryta nabłonkiem wałeczkowatym z niewielką liczbą gruczołów; miejsca zaś, przylegające do macicy, wykazywały budowę rakową — rak płaskokomórkowy.

Oba te spostrzeżenia mają, zdaje się, to tylko osobliwszego, że rak dał przerzut nie do organu, a do narośli. Co się zaś tyczy związku między rakiem a torbielą, to osobiście, operując raka, znajdowałem przydatki prawie zawsze w stanie zdrowym; u innych autorów zdarzają się względnie często ropniaki jajowodów, ale o torbielach nigdzie niama wzmianki; do czasu więc przyjąć należy, że jednoczesna obecność raka i torbieli jest tylko przypadkowa.

Następne grupy współistnienia nowotworów części rodnych kobiety tworzy jednoczesna obecność trzech guzów.

d) Rak, torbiel, włókniak.

Przypadków spostrzegano sześć. Pierwszy z nich należy do Lomera, z roku 1896. Dotyczy on dziewicy starej; w otworze szyi rzekomy polip; w czasie usuwania polipa łyżka wchodzi głęboko w ścianę przednią macicy: jest to rak, rosnący w kierunku pęcherza moczowego. Macica mało ruchoma. Wy-

cięcie przez pochwę nie udało się pomimo cięcia Schuchardta, gdyż macicy nie można było ściągnąć ku dołowi. Przy tem otwarto pęcherz moczowy i kiszkę odbytową, operacyi nie dokończono. Cięcie Schuchardta, pomimo wydzielin raka, zagoiło się przez rychłozrost. Po pewnym czasie cięcie brzucha; macica usadzona włókniakami, zrośnięta z kiszkami i z siecią; oprócz tego w jamie Douglasa mocno przyrośnięta torbiel wielokomorowa. Wydzielono macicę ze zrostów i wycięto ją; przetokę pęcherzową zamknięto; przetoka kiszkowa zagoiła się sama przez wytworzenie się nowej blizny pooperacyjnej. Lomer wskazuje na częstość jednoczesnego powstawania włókniaka i raka; obecność zaś torbieli uważa za przypadkową.

W 1899 roku Amann (108) przedstawił na zjeździe ginekologów w Berlinie okaz rakowatej pochwy, usuniętej razem z macicą włókniakowatą, rakiem torbielkowym prawego jajnika (cystocarcinoma) i lewostronną torbielą jajnika.

W następnym roku J. E. Janorin (110) w Nowym-Yorku pokazuje macicę z włókniakiem i rakiem; a wraz z tem był nowotwór (jaki? p. a.) jajnika.

W roku 1907 Croisier (111) w Paryżu pokazuje macicę z rakiem, wychodzącym z jajnika, oraz z włókniakiem. Wraz z macicą usunięto 2 torbiele jajnika, których nie zbadano mikroskopowo. W jamie macicy był rak, który „miał cechy raka jajnika“.

Wreszcie, w roku zeszłym Rosenstein zrobił doniesienie we Wrocławiu o przypadku następującym. Chora, lat 68, nie urodziła nigdy, ostatni peryod miała przed 23 laty; wskazuje na krwawe odchody od roku i na powiększanie się brzucha. Duża torbiel z twardemi miejscami na prawej stronie dochodzi powyżej pępka. Cięcie brzucha. Duży guz lewego jajnika; w macicy liczne włókniaki podsurowicze wielkości pięści. Odcięcie nadpochwowe: podczas nacięcia szyi okazuje się rak. Zabieg doszczętny, sączek do pochwy, wyzdrowienie.

Ostatnią grupę współistnienia nowotworów złośliwych z niezłośliwymi stanowi jednoczesna obecność raka, mięsaka i włókniaka.

e) Rak, mięsak, włókniak.

Schaller ogłosił w 1906 roku (113) przypadek raka gruczołowego z mięsakiem o komórkach olbrzymich we włókniakowatej macicy.

W tym samym roku Schmorl pokazuje w Dreznie macicę wielkości głowy dziecka, pochodzącą od 62 letniej dziewicy; w macicy obok licznych włókniaków: podśluzowych, śródściennych i podsurowiczych, był rak gruczołowy, wychodzący ze śluzówki, a rosnący na tylnej ścianie w postaci płaskich, kosmkowatych narośli. Oprócz tego w rozszerzonej jamie macicy polip—mięsak o komórkach okrągłych. Oba guzy były samodzielne. Rak dał przerzut do jednego włókniaka (na drodze krwionośnej).

Trzeci przypadek należy do Stefana Janczewskiego. W roku 1909 operował on 50 letnią chorą, u której znalazł włókniak w ścianie macicy, raka śluzówki w dnie trzonu i mięsaka śluzówki w pobliżu otworu wewnętrznego. Chora od 3 lat nie miewała peryodu, a na pół roku przed operacyą zaczęła miewać wydzieliny krwawo ropne. W $1^1/_2$ roku później chora była jeszcze bez nawrotu.

Na tych trzech przypadkach kończy się dziś liczba współistnienia tych trzech guzów; czwarty przypadek umieściłem, dla jego plastyczności, w rozdziale współistnienia mięsaka z rakiem.

ROZDZIAŁ III.

Współistnienie różnych nowotworów niezłośliwych.

a) Włókniak i torbiel.

Zarówno jak współistnienie różnych postaci guzów złośliwych, jednoczesna obecność nowotworów niezłośliwych nie wzbudza w chirurgu specyalnego zainteresowania. I tu, i tam tego rodzaju współistnienia guzów nie wpływają na zmianę projektowanego zabiegu, lub też tylko nieznacznie go wikłają. Jeżeli, natomiast, spojrzymy na te współistnienia okiem przyrodnika; jeżeli uprzytomnimy sobie teoryę wpływu czynności jaj-

nika na wytwarzanie się włókniaków; jeżeli wreszcie przestudyujemy osobno wpływ włókniaków na stan przydatków macicznych i zestawimy z tem teoryę Opitza powstawania guzów jajnika z jego stanów zapalnych; wtedy rozdział niniejszy nabierze w oczach naszych cech specyalnej wagi i wzbudzi zaciekawienie.

Zanim przystąpię do wyliczenia przypadków, podanych w piśmiennictwie, opiszę najpierw trzy spostrzeżenia własne.

Chora A. S., lat 30, od 7 lat zamężna. Pierwszy peryod w 14 roku życia, drugi w rok później. Nie urodziła i nie poroniła ani razu. Wskazuje głównie na bóle podczas peryodów, które zawsze były obfite. Przed rokiem wymacała guzy, jeden z prawej, drugi z lewej strony brzucha. Znalazłem torbiel prawego jajnika, wielkości sporej pomarańczy; z tyłu, za macicą wyczuwano drugi guz, który przez analogię wzięto za torbiel drugiego jajnika, zrośniętą z tylną ścianą macicy. Czwartego maja r. b. zrobiono jej cięcie brzucha; znalazłem torbiel prawego jajnika surowiczą zwykłą, oraz włókniak podsurowiczy tylnej ściany macicy wielkości mandarynki. Torbiel wyciąłem, włókniak wyłuszczyłem. Wyzdrowienie. Ponieważ przed operacyą nie spostrzegaliśmy osobiście chorej, przeto trudno powiedzieć, co istniało wcześniej, czy włókniak, czy torbiel, i co za tem idzie, trudno rozstrzygać, który guz mógł wpływać na powstanie drugiego. Podkreślić tylko należy, że prawy jajowód był zupełnie zdrowy.

Drugi przypadek dotyczy chorej lat 28 (A. R.). Pierwszy peryod w 16 roku życia, następne co 4 tygodnie po 5—6 dni, obfite. Trzy razy urodziła siłami natury bez powikłań, ostatni raz przed 4 laty. Raz jeden poroniła przed 10 laty w 3 miesiącu ciąży. Skarży się głównie na częste peryody: co 2 tygodnie, oraz na bóle w prawym dole biodrowym. Chora jest od 19 lat, od poronienia, po którem chorowała 6 miesięcy na zapalenie macicy i jajników. Znajdujemy macicę powiększoną, odwróconą ku tyłowi i ku stronie lewej, i w tem położeniu unieruchomioną. Przydatki prawe nie są zmienione, lewe zaś stwardniałe, unieruchomione, bolesne. W maju 1909 roku zrobiłem chorej cięcie brzuszne; po uwolnieniu macicy ze zrostów, stały się widocznymi dwa włókniaki — jeden na tylnej ścianie macicy, drugi u wyjścia prawego jajowodu; włókniaki były wielkości sporego orzecha laskowego (na jajowodzie był nieco mniejszy). Z lewej strony znalazłem torbiel przyjajnikową, wielkości orzecha włoskiego. W tym przypadku sprawa zapalna odgrywała, niewątpliwie, rolę w powstawaniu guzów. Chorą spostrzegałem około 2 lat przed operacyą, jednakże już podczas pierwszego badania znalazłem zmienione lewe przydatki, a włókniaków nie wyczuwałem wcale aż do operacyi, gdyż ułożenie macicy w tyłobokopochyleniu i unieruchomienie jej utrudniały rozpoznanie.

W trzecim przypadku podczas myomotomii, dokonanej przed 2 tygodniami u chorej lat 36, cierpiącej na obfite krwawienia, znalazłem macicę z licznymi włókniakami podsurowiczymi, śródściennymi i podśluzowymi; te

ostatnie zmieniały jamę macicy na wązki rozgałęziający się kanał. Śluzówka w stanie silnego przerostu. Mikroskopowo zaś znaleziono w gruczołach wielowarstwowość z zachowaniem konturów; śluzówkę zakwestyonowano, jako podejrzaną. Z obu stron pod jajowodami przy ich ujściu brzusznem torbiele przyjajnikowe wielkości wiśni. Chora nie rodziła i nie roniła.

Przechodząc teraz do przypadków bądź pokazywanych, bądź opisanych, na wstępie zaznaczyć muszę, że wyróżnia się w tym kierunku praca Ossiana Hellsténa z Helsingforsu, który zebrał sporą liczbę przypadków, operowanych w klinice prof. Engströma, i odpowiednio je ugrupował. Tę pracę w postaci tabeli podam na końcu tej kazuistyki; obecnie zaś w krótkości podam spostrzegane współistnienie włókniaków z torbielami zwykłemi, a w osobną grupę ujmę współistnienie włókniaków z torbielami skórzastemi. Co się tyczy poddziałów torbieli pierwszej grupy, te po większej części nie są podawane przez autorów.

W r. 1897 Wiliam Duncan pokazał (115) w Towarzystwie położniczem w Londynie duży włókniak macicy, istniejący współrzędnie z guzem (jakim? p. a.) jajnika lewego. W dwa lata później znajdujemy pokaz Orthmanna (116): macica z włókniakami wielkości pięści na tylnej ścianie z obustronnym wodniakiem jajowodu (sactosalpinx serosa) i lewostronną torbielą jajnikową; okaz pochodzi od chorej 45 letniej, która przebyła 2 porody. Jajowody mają po 5—6 ctm. w przecięciu.

W 1902 roku Hannecart z Brukseli pokazuje włókniak, który sięgał do wątroby; po uwolnieniu go z licznych zrostów z krezkami i siecią—prelegent dokonał wyłuszczenia lewej torbieli, potem odcięcia nadpochwowego macicy, i wreszcie oddzielenia prawej torbieli od brzegu macicy; w tej ostatniej — brodawczak.

Cztery lata temu Leopold (125) pokazywał w Dreźnie włókniak macicy wraz z obu jajnikami; tylko koniec maciczny jajników miał prawidłową tkankę, na brzusznym zaś końcu lewego jajnika była torbiel wielokomorowa wielkości pięści, a na tym-że końcu prawego jajnika — włókniak.

W 1907 roku Evelt (128) pokazał w Monachium włókniak macicy kobiety 41 letniej z wielokomorową torbielą lewego jajnika. Przypadek ten jest zajmujący i z innych względów:

przed zabiegiem w moczu było białko i dużo cukru; po operacyi mocz stał się zupełnie prawidłowym.

W roku następnym Wenczel (129) w Budapeszcie mówił o przypadku torbieli i włókniaka macicy. Chora 42 lat, nie urodziła nigdy, przed 2 laty przechodziła zapalenie macicy, i od tego czasu skarży się na obfite miesiączki. W brzuchu wyczuwa się guz, wielkości głowy dziecka, gładki, okrągły, sprężysty, mało ruchomy, niebolesny; wypukla on tylne sklepienie pochwy i przytyka do lewego brzegu macicy, powiększonej do wymiarów pięści i usianej guzami różnej wielkości. Operacya. Po usunięciu zrostów lewa torbiel, macica i prawy rozdęty jajowód zostały wycięte.

26 lutego 1909 roku Stankiewicz Czesław pokazał na posiedzeniu Ginekologicznem W. T. L. macicę mięśniakowatą, usuniętą z przydatkami 37 letniej dziewicy. Na stronie lewej torbiel międzywięzadłowa przyjajnikowa wielkości dużej pięści. Cięcie poprzeczne. Wyjęcie całej macicy. Zaszycie pochwy na głucho, peritonisatio. Zdrowienie niepowikłane.

Ostatni w tej kategoryi przypadek należy do Amanna, który w roku zeszłym (1909) przedstawił w Monachium (132) włókniak, powikłany obustronnemi torbielami jajników.

Wyżej już zrobiłem wzmiankę, że współistnienie włókniaków z torbielami skórzastemi połączę w jedną seryę, z wyłączeniem przypadków Hellstena.

Grupa ta nie jest zbyt duża. W 1900 roku Staude (117) w Hamburgu pokazał torbiel skórzastą dużą, którą usunął wraz z 2 małymi włókniakami 69 letniej chorej. W 3 lata później Patel z Lyonu mówi (120) o przypadku, operowanym przez Jaboulaya: 32 letnia chora wskazywała na bóle, trwające od 3 lat, na parcie na mocz, zaburzenia w trawieniu i na nieprawidłowe obfite miesiączki. Rozpoznanie: międzywięzadłowy włókniak macicy. Operując, oprócz włókniaka znaleziono i torbiel skórzastą, i torbiel jajnika surowiczą — obie mocno zrośnięte z tylną ścianą macicy. Wszystko usunięto całkowicie.

W następnym roku Simon z Norymbergi pokazał (122) okaz włókniaków; jeden z nich był w połączeniu ze skórzakiem. Następny z tej seryi przypadek należy do Maiznera (8). Prawda, że tu wchodzi w grę i rak, jako powikłanie torbieli skórzastej; ale jako współistnienie torbieli skórzastej z włókniakiem może,

z pewnem uwzględnieniem, być do tej kategoryi zaliczona torbiel skórzasta, wielkości głowy człowieka, miała na powierzchni kilka twardych guzów wielkości jaja kurzego, które okazały się pod mikroskopem rakiem gruczołowym. Macica zaś, również wielkości głowy człowieka, usiana była licznymi włókniakami, po większej części zwapniałymi.

Przypadek, należący do Amanna z roku 1899 (108), jest interesujący z tego względu, że tam włókniak był powikłany obustronną torbielą skórzastą. Włókniakowata macica z torbielami przewodów Wolffa w ścianie szyi, nadzwyczaj długiej, rozdętej; torbiele dochodziły do wielkości orzecha, a sięgały aż do dolnej trzeciej części pochwy.

Następujące poniżej 3 spostrzeżenia stanowią znów odrębną całość pod tym względem, że albo włókniak był nie na macicy, a na innym narządzie sfery płciowej, albo też torbiel nie wychodziła z jajnika, lecz była przyjajnikowa.

Mackenroth, zdając sprawę (109) z operowanych przez siebie włókniaków w roku 1899, przedstawia gruczolakowłókniak tylnej ściany jajowodów i torbiel przyjajnikową.

Morison (126), mówiąc o większych operacyach w szpitalu w Newcastle za rok 1906, wspomina o przypadku torbieli więzu szerokiego, powikłanej włókniakiem macicy. Przypadek—analogiczny do mojego drugiego spostrzeżenia w tym rozdziale.

Wreszcie Seeligmann (131) w roku 1908 pokazal włókniak macicy z torbielą przyjajnikową i prawostronnym rozdętym jajowodem wielkości pięści.

Swoisty, odmienny związek włokniaka z torbielą przedstawiają przypadki, gdzie te nowotwory wystąpiły nie w jednym okresie. Chorej przed 17 laty robiono wycięcie torbieli jajnikowej, a dziś zjawia się włókniak szyi. Innej znów przed 10 laty usunięto guz jajnika, a dziś widzimy u niej włókniak wielkości głowy dziecka. Oba te przypadki należą do Wienera (130), były pokazywane w Monachium w roku 1908.

Przystępuję teraz do strzeszczenia pracy Hellstena (121), ze wszech miar zasługującej na uwagę. Autor w roku 1903 skarży się najpierw, że dotąd mało zwracano uwagi na to współistnienie nowotworów. Przegląd przypadków późniejszych, zdaje się, i dziś usprawiedliwiłby skargi Hellstena. Tymczasem Virchow w swoim dziele „Die krankhaften Geschwülste“ tom III,

Berlin 1863, wspomina o częstem powikłaniu włókniaków guzami jajnika, szczególniej torbielami, a to z okazyi omawiania podrażnień z przydatków, jako przyczyny powstawania włókniaków. F. Winckel wśród 115 włókniaków napotkał trzy, w których jednocześnie był guz jajnika. Pfannenstiel (u Veita) wspomina, że obok torbieli surowiczej jajnika zdarzają się powikłania włókniakiem macicy.

Hellsten wskazuje i na to, że włókniaki często są powikłane stanem zapalnym przydatków. Dzieli on przypadki swe na kilka grup. Niepodobna przytoczyć wszystkich jego spostrzeżeń całkowicie; dla skrócenia i jaśniejszego wyłożenia sprawy ułożyłem jego przypadki w następujące tablice.

Grupa I. Torbiel surowicza jajnika z włókniakiem macicy.

Wiek chorej	I-y peryod	Wyszła za mąż, mając lat	Porodów	Poronień	Przekwit w roku życia	Chora od lat, lub zauważyła guz	Rozpoznanie
52	16	23 w 36 wdowa	0	0	50	5 lat	Torbiel surowicza lewa. Włókniak.
43	16	23	0	0	—	1 rok	Torbiel surowicza prawa. Włókniak.
34	15	0	0	0	—	2 lata	dto
44	17	0	0	0	—	2 miesiące	dto
37	13	0	0	0	—	8 lat	Torbiele obu jajników. Ropniaki jajowodów. Włókniak macicy.
33	13	25	0	0	—	½ roku	Torbiel lewa. Włókniak.
56	16	21 w 55 wdowa	2	0	46	kilka lat	Torbiel prawa. Włókniak.
46	16	41	0	0	—	dto	dto
41	16	18	5	0	—	1 rok	Torbiel lewa. Włókniak.
44	15	21	0	0	—	—	Torbiel prawa. Włókniak.

Wnioski, dające się wyciągnąć z tej tabeli, są następujące: przeważa wiek powyżej lat 40; większość chorych w ciąży nie była; większość — zamężna.

Grupa II. Torbiel gruczołowa rzekomo śluzowa jajnika i włókniak macicy (cystadenoma acinosum ovarii et myoma uteri).

Wiek chorej	I-y peryod	Wyszła za mąż, mając lat	Porodów	Poronień	Przekwit w roku życia	Chora od lat, lub zauważyła guz	Rozpoznanie
53	13	3	0	0	49	3 mies.	Cystoma pseudomuc. ov. sin. et myoma uteri.
50	16	0	0	0	48	1 rok	idem
56	12	0	0	0	52	„	idem
54	13	21	5	0	—	„	idem
51	15	40	0	4	50½	½ roku	idem

Wiek chorych wyłącznie powyżej 50 lat; nieznaczna przewaga niezamężnych i nierodzących.

Grupa III. Torbiel gruczołowa surowicza jajnika i włókniak macicy.

Wiek chorej	I-y peryod	Wyszła za mąż, mając lat	Porodów	Poronień	Przekwit w roku życia	Chora od lat, lub zauważyła guz	Rozpoznanie
33	13	21	3	0	—	?	Guz jajn. prawego i włókniak macicy.
41	13	0	0	0	—	2 lata	idem
48	16	20	8	0	—	2 mies.	Guz jajn. lewego i włókniak macicy.
44	13	0	1	0	—	6 lat	Guz jajn. prawego i lewego i włókniak macicy.
43	16	24	0	1	—	4—5 lat	Guz jajn. prawego i włókniak macicy.
45	—	0	4	—	—	—	idem

Wiek chorych powyżej lat 40; przeważają chore, które bądź rodziły, bądź roniły, krótko mówiąc — które były w ciąży.

W grupie IV, obejmującej torbiel przyjajnikową i włókniak macicy, figuruje jeden tylko przypadek. Chora lat 52; 1 peryod w 18 r. życia; wyszła za mąż w 23 roku, urodziła 3 dzieci; nię roniła; poczuła się chorą na 1/2 roku przed operacyą: torbiel przyjajnikowa lewa z włókniakiem macicy.

Grupa V: mięsak lub włókniak jajnika i włókniak macicy— omówiona będzie na innem miejscu.

Grupa VI. Torbiel skórzasta i włókniak macicy.

Wiek chorej	I-y peryod	Wyszła za mąż, mając lat	Porodów	Poronień	Przekwit w roku życia	Chora od lat, lub zauważyła guz	Rozpoznanie
38	15	28	0	1	—	6 lat	Guz jajn. prawego i włókniak macicy.
42	13	22	1	0	—	1/2 roku	idem
37	13	0	0	0	—	Ciężarna obecnie	Guz jajn. lewego i włókniak macicy.
23	15	21 1/2	0	0	—	1 roku	idem

Tu przeważa młody wiek chorych; większość była zamężna

Hellsten zebrał razem w roku 1901 — 28 przypadków. W sprawie wniosków stawia on pytanie, czy jednoczesna obecność tych guzów jest tylko przypadkowa, czy obecność jednego wpływa na powstawanie drugiego, czy też oba pochodzą od wspólnego bodźca. Starając się rozwiązać to pytanie, przypomina, że przydatki wpływają na stan macicy, np. w stanach zapalnych jajowodów i jajników, w ciąży zamacicznej; lecz i macica wpływa na jajnik, np. w zwykłej ciąży. Sądzi on dalej, a tej myśli i ja oprzeć się nie mogę, że dalsze studya nad współistnieniem nowotworów wyświetlą nam dużo w sprawie etyologii guzów wogóle.

Zestawiłem osobno stostrzeżenia innych autorów, nie mogąc z braku danych opracować jednej tablicy dla wszystkich przypadków.

Zanim przejdziemy do etyologii współistnienia włókniaka macicy z torbielami jajnika, warto zastanowić się nad pytaniem, jak często trafia się tego rodzaju współistnienie. Dwie prace pomogą nam rozwiązać to pytanie. W jednej z nich James Watt-Keen (119) w roku 1902 daje statystykę 417 włókniaków: w tej liczbie było powikłanych: a) obustronnemi torbielami jajników 6, jednostronną torbielą 18; zropiałemi torbielami jajników 2, torbielą skórzastą 1 (!), torbielą przyjajnikową 1. Razem na 417 przypadków włókniaka było powikłanych 28, czyli około 7%. Druga praca, obchodząca nas w tym przedmiocie, należy do Lauwersa (Bruksela) (123). Podając 200 przypadków włókniaka, znalazł w tem powikłanych zwykłemi torbielami jajnika 3, skórzastemi 2, razam 5 czyli 2½%.

Łącząc razem statystyki tych autorów, otrzymamy 617 przypadków włókniaka, a wśród tych 33 powikłanych torbielami jajnika, czyli blizko 5%.

A teraz—sprawa nadzwyczaj zajmująca i ważna, czy istnieje jaki związek między włókniakiem, a torbielami jajnika? Wspominałem powyżej teoryę Opitza, który wyprowadza niektóre torbiele jajnika z jego stanów zapalnych. I życie, i wielu autorów potwierdza prawdziwość tej teoryi: widzimy, niestety, zbyt często, że to, co jeszcze niedawno miało wszelkie cechy zapalenia jajnika, dziś już jest torbielą. Jeżeli zechcemy zgodzić się na ten punkt, to dalsze poszukiwania nasze muszą być skierowane ku rozwiązaniu pytania, w jakim stanie znajdujemy przydatki macicy, operując włókniaki macicy, jak często napotykamy w nich zmiany zapalne.

Na jednem z posiedzeń ginekologicznych Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego Czesław Stankiewicz, pokazując wielką liczbę operowanych przez się przypadków włókniaka, zwrócił uwagę na to, że bardzo często włókniaki są powikłane stanem zapalnym przydatków, i istotnie na własne oczy mogliśmy się o prawdzie tych słów przekonać. Osobiście z własnych przypadków do tego samego doszedłem wniosku. A teraz zajrzyjmy do piśmiennictwa, aby i stamtąd zaczerpnąć wskazówek.

W roku 1902 Kreuzmann z San-Francisco (138), omawiając sposoby leczenia włókniaków i 38 operowanych przez siebie przypadków, powiada: „przydatki były często chore: raz była wielka wielokomorowa torbiel, nierzadko duże ropniaki jajowodów".

W tym samym roku Paul Hundt (135) w swej rozprawie inauguracyjnej podaje, że w 20% wszystkich myomektomii znaleziono zmiany w jajnikach, a w 10% zmiany w jajowodach. Zmiany te stanowiło zwyrodnienie torbielowate, przerost lub zanik jajników, otok pęcherzyka Graffa, krwiak itd. Obok włókniaków występowały zmiany charakterystyczne w jajnikach; jednakże, zdaniem autora, nie były one zależne od włókniaka, lecz, prawdopodobnie, od tej samej przyczyny, która wywołała powstanie włókniaka.

Ta sama sprawa opracowywana była w roku następnym przez Daniela w „Revue de Gynecologie" (137). Autor znalazł w 59% (!!) zmiany w przydatkach. Prawie w czwartej części przypadków operowanych stwierdzono nieżyt jajowodów, w innych zaś zapalenie przewlekłe miąższowe lub ropne. Bywały i wodniaki jajowodów i krwiak, gruźlica jajowodów i ciąże zamaciczne. Jajniki również bywały zmienione, i to jeszcze częściej, niż jajowody, blizko 40% wszystkich przypadków: było to po większej części torbielowate zwyrodnienie, guzy, ropienie i gruźlica. Przyczyny, według Daniela, są następujące: 1) zakażenie; 2) włókniakowa diateza i w jej następstwie zmiany w naczyniach organów płciowych; a dalej nadmiernie twórcza działalność komórek i przerost tkanki mięśniowej; 3) bezpośrednie działanie włókniaka na przydatki, przez co powstaje puchlina jajowodu, krwiaki, a nawet zarośnięcie z powodu zlepnych zapaleń. Rozpoznanie zazwyczaj bywa stawiane podczas operacyi lub na autopsyi. Jeżeli chore w czasie badania skarżą się na bóle w bocznych skiepieniach pochwy, to zawsze trzeba myśleć o zapaleniach przydatków; włókniak bowiem wtedy tylko daje bóle, jeżeli jest uwięziony lub ściśnięty organami miednicy. Trzeba jednak pamiętać, że zmiany w przydatkach mogą istnieć i bez bólów. Autor zaznacza, że zmiany w przydatkach bywają częstą przyczyną niepłodności w przypadkach włókniaków.

W tym samym roku Strassmann, przedstawiając (136) trzy przypadki ropniaków jajowodów obok włókniakow, powiada, że

chore z włókniakami mogą w następstwie zakażenia wiewiórowego, połogowego lub operacyjnego uledz ropieniu w jajowodach; nie zawsze jednak udaje się wykazać tego rodzaju pochodzenie ropniaków. Strassmann wypowiada przypuszczenie, że długotrwały ucisk twardych guzów wywołuje zamknięcie jajowodów, które wskutek obecności drobnoustrojów doprowadza do ropniaka, podobnie jak obok kamieni nerek występują ropienia.

W inną nieco strunę uderza Malcoln Cumston (57); wygłosił on w roku 1905 odczyt o zmianach w jajnikach, jako o możliwej przyczynie włókniaków (w myśl teoryi Virchowa).

Specyalnie o jajniku u kobiet z włókniakiem macicy traktuje rozprawa J. A. Roche'a (133). Na razie przekrwienie bierne, a potem czynne (przy włókniakach) wywołuje obraz drobnotorbielowego zwyrodnienia jajnika. Anatomicznie cechuje się ono: 1) powiększeniem wagi (obrzęk); 2) zmniejszeniem ilości pęcherzyków zarodkowych i nadmiernem zwiększeniem ilości pęcherzyków dojrzałych; 3) powiększeniem liczby i wymiaru żył; powiększeniem liczby tętnic i zgrubieniem ich ścian sprężystych; rozszerzeniem naczyń chłonnych. Po przekwicie jajnik wobec włókniaka jest taki sam, jak u zdrowej kobiety. Z takiego jajnika drogą zakażenia powstaje stwardniały torbielowaty jajnik.

W pracy Devaux (134) znajdujemy te same liczby, co i u Daniela; w 59% wszystkich włókniaków znajdujemy zmiany w przydatkach; liczba ta dla tego jest tak duża, że brano na uwagę i zmiany mikroskopowe; przyczyną bywa czasem zakażenie, czasem zastój krwi; zmiany w przydatkach mogą istnieć przed zjawieniem się guza, mogą powstawać jednocześnie z nim, lub też po jego wyrośnięciu.

We wspomnianej wyżej statystycznej pracy Jamesa Watt-Keena znajdujemy również i liczby w tej chwili nas obchodzące. Wśród 417 włókniaków zapisał on obustronną puchlinę jajowodów raz 1, jednostronną 1 raz, krwiak jajowodu 1, ropień jajnika 1, jednostronny ropniak jajowodu 8 razy, obustronny 1 raz, jednostronne zapalenie jajowodu 2 razy; razem, nie licząc wzmiankowanych powyżej torbieli, 15 przypadków zmian w przydatkach macicy. Stanowi to zaledwie niecałe 4%; liczba daleka od 59%! U Lauwersa zaś zaznaczona jest puchlina jajowodu 12 ra-

zy i ropniak jajowodu 1 raz na 200 przypadków włókniaka, a więc 6,5%.

Mamy więc 4 liczby: Hundt 20—30%; Devaux i Daniel 59%; Watt-Keen 4%; Lauwers 6,5%. Nie mając dość dużej statystyki własnej, trudno mi rozstrzygnąć, kto ma słuszność; wartoby tę sprawę opracować ze statystyki oddziałów szpitalnych warszawskich, lub też, o ile na tę sprawę nie zwracano dotąd należytej uwagi, zapisywać skrzętnie każdy pojedyńczy przypadek na przyszłość. Jest to, bez wątpienia, droga do wyświetlenia etyologii niektórych guzów.

b) Inne współistnienia nowotworów niezłośliwych.

Dla ścisłości wspomnieć tu chcę o niektórych współistnieniach, budzących już mniej zaciekawienia. Seeligman (131) i Hellstén podają po jednym przypadku współistnienia włókniaka macicy z włókniakiem jajnika. Seydel opisał dwa (139, 140) przypadki guza mieszanego, składającego się z włókniaka i tłuszczaka. Osobiście posiadam sporą liczbę przypadków, w których np. z jednej strony była torbiel skórzasta, z drugiej torbiel surowicza zwykła; lub z jednej strony torbiel jajnikowa, a z drugiej przyjajnikowa. Tych spostrzeżeń nie uważam za stosowne przytaczać, jako zbyt banalnych, podobnie jak nie przytaczałem własnych przypadków zmian w przydatkach obok włókniaków, uważając, że tam główniejszą rolę gra statystyka.

Na zakończenie niniejszej pracy pozwalam sobie dodać krótkie resume.

Liczne fakty dowodzą, że jednoczesne istnienie dwu lub więcej guzów w sferze płciowej kobiety nie może być traktowane li tylko, jako rara avis. Wobec ważności tej sprawy dla chorych w przypadku współistnienia guzów niezłośliwych ze złośliwymi powinniśmy przedewszystkiem zawsze mieć na myśli możliwość takiego współistnienia; a dalej — starać się poznać objawy takich przypadków i w odpowiednich razach stosować specyalne sposoby badania. W innych razach, gdy sprawa dla

chorej jest mniej ważna, a mianowicie w przypadkach zespołu różnych postaci guzów złośliwych lub różnych postaci guzów niezłośliwych, powinniśmy również drogą badania i oceny różnych objawów dojść do rozpoznania ścisłego jeszcze przed operacyą; ta droga może nam wyświetlić etyologię guzów.

Z działu nowotworów mieszanych należy zwrócić uwagę na istnienie raka w torbielach skórzastych, na współistnienie tych-że torbieli z mięsakiem, na współistnienie z mięsakiem i torbieli zwykłych; innemi słowy — w przypadkach podejrzanych operować doszczętnie, a badania mikroskopowego preparatów, za pomocą operacyi otrzymanych, dokonywać jak najczęściej.

Współistnienie nowotworów złośliwych nakazuje wspomnieć najpierw o doświadczeniach Apolanta na myszach; szczepieniem kawałków gruczolaka sutki mysiej otrzymywano raka, a w razie szczególnej złośliwości raka zaczynała oddziaływać i tkanka łączna, wytwarzając mięsak. W przypadkach klinicznych mięsak bywał nieraz uważany za guz pierwotny, a rak za wtórny; rozpad jednego wywoływał powstawanie drugiego. Nieraz kilka warstw danego organu ulega przeistoczeniu (rak, mięsak, włókniak), jakby jakaś jedna przyczyna pobudzała tkanki do nieprawidłowej twórczości. Częstsze stosowanie mikroskopu może tu nam dać materyał w tych przypadkach, w których go nawet nie podejrzewaliśmy.

W dziale współistnienia guzów niezłośliwych ze złośliwymi rozległe piśmiennictwo posiada jednoczesne istnienie raka i włókniaka.

Obok własnego, podałem dużą liczbę przypadków z piśmiennictwa. Liczba ogólna dochodzi do 200. Najczęściej występuje zespół włókniaka z rakiem trzonu; ten ostatni wobec włókniaka występuje 8—9 razy częściej, niż w macicy zdrowej. Ogółem zaś 2 do 3% włókniaków bywa powikłane rakiem. Jeżeli lekceważymy tę okoliczność, to podnosimy śmiertelność od włókniaka z 4—5% na 7%.

Szczególnie baczną uwagę powinniśmy zwrócić na chore w wieku lat od 50—60, u których w przypadku włókniaka występują cuchnące odpływy. Zasadniczo zaś włókniaki ogół operatorów operuje drogą odcięcia nadpochwowego. Dotąd znanych jest już 30 przypadków późniejszego rakowego zwyrodnienia kikuta, ale spostrzegano raki i w bliźnie pochwy po za-

biegu doszczętnym. Sądzę, ze liczba tych spostrzeżeń byłaby mniejszą, jeżeliby badanie każdego przypadku włókniaka przed operacyą było dokładniejsze. Część pochwową macicy zostawiać należy nie tylko dla ułatwienia zabiegu operacyjnego, ale i dla umożliwienia fizyologicznej czynności pochwy.

Przypadków jednoczesnego istnienia włókniaka i mięsaka znamy dotąd sześć, które również nakazują pewną oględność w operowaniu włókniaków; fakt zaś, że aż 9% włókniaków podśluzowych ulega mięsakowemu zwyrodnieniu, również musi tkwić w naszej pamięci.

Wpływ włókniaka na powstawanie raka większość autorów tłomaczy w ten sposób, że włókniak powoduje rozrost śluzówki macicy, a dalszym etapem tego rozrostu ma być rak. W sprawie innych zespołów nowotworów złośliwych z niezłośliwymi związku doszukać się nie łatwo. Przypadki jednoczesnej obecności raka macicy i torbieli jajnika (spostrzeżenie własne) zajmujące są o tyle, że w nich nastąpił przerzut raka nie do organu, lecz do nowotworu. Współistnienie zaś raka, torbieli i włókniaka, jako też raka, mięsaka i włókniaka są rzadkie, i mało dostarczają materyału do jakichkolwiek wniosków.

Za to jednoczesna obecność włókniaka i torbieli jest znów zjawiskiem powszedniem (trzy spostrzeżenia własne). Przypadki odpowiednio segregowane doprowadzają do wniosków następujących: 1) Torbiel surowicza jajnika wraz z włókniakiem macicy zdarzają się najczęściej u chorych po 40-ym roku życia, zamężnych, nierodzących. 2) Torbiele gruczołowe rzekomo śluzowe z włókniakiem macicy zdarzają się przeważnie u chorych po 50-ym roku życia, niezamężnych i nierodzących. 3) Torbiele gruczołowe surowicze jajnika z włókniakiem macicy bywają również u chorych po 40-ym roku życia, przeważnie u tych, które były w ciąży. 4) Torbiele skórzaste jajnika z włókniakiem macicy bywają przeważnie u chorych młodych, przeważnie zamężnych; ciąża jest, zdaje się, w tych razach bez wpływu. Włókniaków, istniejących jednocześnie z torbielami, znajdujemy około 5% ogólnej liczby włókniaków. Wpływ włókniaka na powstawanie torbieli jest widoczny w wielkiej częstości zmian przydatków w obecności tych guzów; według niektórych autorów, dochodzi ona aż do 59%! Że zaś teoryę Gusserow-Nagela, wyprowadzającą niektore guzy jajnikowe ze stanów zapalnych

jajnika, życie aż nadto często potwierdza, przeto włókniak, powodując zmiany w przydatkach, tem samem sprzyja powstawaniu torbieli.

Pozostaje do sprawdzenia fakt, że włókniak wywołuje bóle, tylko uciskając narządy sąsiednie lub uciskany przez organy sąsiednie; w innych razach boli nie włókniak, a chore przydatki macicy.

PIŚMIENNICTWO.

1) Engelhorn (Tübingen). Ueber das gleichzeitige Vorkommen von malignen Ovarialtumoren und Magencarcinom. Cent. f. G. 1907. № 11 str. 319.

2) British Ginec. Society. Brit. med. Journ. 1907. Cent. f. G. 1908 № 9.

3) Tow. ginek. w Monachium 23/I 1908. Cent. f. G. 1908 № 24 str. 798.

4) Towarz. ginek. w Monachium, 25/VI 1908. Cent. f. G. 1908 № 39.

5) Pompe van Meerdervoort (Haag). Fall v. Dermoidcarcinom des Ovariums Cent. f. G. № 44 str. 1326 r. 1904.

6) Gorizontow. W sprawie rakowego zwyrodnienia torbieli skórzastych jajnika, Wraczebnaja Gazeta 1906 № 14 i 15.

7) Tow. Ginek. w Wiedniu 25. V. 1909. Cent. f. G. № 50 str. 1716.

8) Tow. Ginek. w Berlinie 12. VII. 1997. Cent. f. G. 1908 № 1 str. 20.

9) Tow. Ginek. w Dreźnie. 15. III. 1906. Cent. f. G. 1906 № 34 str. 958.

10) Lorrain. Kyste dermoide avec dégéneration sarcom. Bul. et mem. de la soc. anatomique de Paris 1905. Maj.

11) I. Abadie et K. Bender. Dégeneration sarcom. du kyste de l'ovaire. Ibidem.

12) Towarz. położn. Londyńskie. 6. XI. 1905 i 3—I—1906. Cent. f. G. 1906 № 11 str. 336.

13) Violet (Lyon). Fibrosarcome kystique de la matrice. Lyon méd. 1903. 13. XII. Cent. f. G. 1904 № 23 str. 766.

14) Tow. gin frankońskie. 30. VI. 1907. Cent. f. G. 1908 № 9 str. 306.

15) Tow. gin. w Berlinie. 12. VI. 1908. Cent. f. G. 1909 № 2 str. 60.

16) Teodor Hauber. Ueber sark. Degen. v. Uterusmyomen. Inaug. Dis. Monach. 1903.

17) Kworostansky (Zürich). Chondrofibrom des Uterus. Cent. f. G. 1902 № 36 str. 932.

18) Schlagenhaufer. Myoma telang. uteri mit rein. Metast. in der Leber und in den Lungen. Wiener klin. Woch. 1902 № 20. Cent. f. G. 1902 № 36.

19) v. Franqué. Ueber Sarcoma Uteri. Münch. med. Woch. 1898 № 41. Cent. f. G. 1900 № 2 str. 79.

20) Otto v. Franqué. Carcino-sarco-endothelioma tubae. Zeitsch. f. G. T. 47. zesz. 2; Cent. f. G. 1902 № 31 str. 839.

21) Tow. Ginek. w Berlinie 1902. 11. VII. Cent f. G. 1902 № 42 str. 1345.

22) Arnold Ballin. Inaug. Dis. Lipsk 1903. Ueber einen Fall v. Carcinosarcom des Uterusschleimhant.

23) Tow. Ginek. w Wirtemberdze, 1905. 17. XII. Cent. f. G. 1906 № 8 str 260.

24) Piquand (Paris). Sarcome de la matrice. Revue de gyn. et de chir. abd. 1905. Cent. f. G. 1906 № 11 str. 343.

25) Tow. poł. Londyńskie. Lancet 14. X. 1905. Cent. f. G. 1906 № 11 str. 335.

26) Sehrt. Ueber Uterussarkom mit sekund. multipler Karzinombildung. Beitr. z. G. u. G. t. X zes. I.

27) Verhandl. der deut. Pathol. Gesellsch. Cent. f. G. 1909 № 7 str. 260.

28) Towarz. ginek. w Wiedniu 16. XI. 1897 Centbl. f. G. 1898 № 3 str. 78.

29) Towarz ginek. w Dreźnie 8. III. 1898 Cent. f. G. 1898 № 47.

30) Towarz. położ. w Nowym Yorku 8. II. 1898 Cent f. G. 1898 № 47 str. 1298.

31) L. de Boucaud. De la coexist. du fibrome et du canc. de la matrice Revue intern. de méd. et de chir. 1898 № 14.

32) L. Świtalski. O pierwotnym rozwoju raka we włókniakach oraz o stosunku włókniaków do raków macicy. Przegląd Lek. 1898 № 6—8.

33) Sek. ginek. Tow. Lek. w Budapeszcie 6/XII 1898. Cent. f. G. № 22 str. 600 rok 1899.

34) Tow. położ. w Filadelfii 6. X. 1898 Cent. f. G. 1899 № 22 str. 664.

35) Tow. Ginek. Brytańskie 9. II. 1899. Cent. f. G. 1900 № 21 str. 552.

36) Neumann. Ueber einen Fall v. Adenomyom des Uterus u. der Tuben mit gleichzeit. Anwesenh. v. Urnierenkeimen im Eierstocke. Arch. f. G. tom 58 zeszyt 3.

37) Tow. Ginek. w Berlinie 23. II. 1900. Cent. f. G. 1900 № 15 str. 411.

38) Tow. Ginek. w Wiedniu. 27. III. 1900 Cent. f. G. 1900 № 29 str. 769.

39) Rouffart. Quatre prepar. curieuses des fibromes après l'hysterectomie. Ann. de la soc. Belge de chir., t. VI. zesz. 6.

40) Tow. położn. w Hamburgu 26. II. 1901. Cent. f. G. 1901 № 20 str. 518.

41) Sekcya ginek. „College of physicians" w Filadelfii. 15. XI. 1900. Cent. f. G. 1901 № 41 str. 1150.

42) Dorland. Jednocz. powstaw. raka i włókniaka mac. Philadelph. med. journ. 1901. III. 30. Cent. f. G. 1902 № 18 str. 483.

43) Eichler. Komplikation v. Fibrom. mit adenocarc. corporis uteri Inaug. Dissert. Monachium 1902.

44) A. Redlich. Ueber die Methoden der Entfernung der Uterusfibrome mittels Laparotomie. Cent. f. G. 1902 № 36 str. 953.

45) Tow. ginek. w Dreźnie 15. X. 1903. Cent. f. G. 1904. № 18 str. 584.

46) Tow. położn. w Hamburgu. 17. II. 1903. Cent. f. G. 1903 № 23 str. 703.

47) Sek. ginek. Tow. Lek. Węgier. w Budapeszcie 12/XI 1901. Cent. f. G. 1903 № 6 str. 177.

48) Idem. 10/XI 1903. Cent. f. G. 1904 № 24 str. 782.

49) Tow. położn. w Lipsku 20/VI 1904. Cent. f. G. 1904. № 37 str. 1109.

50) H. Krüger. Ueber die Kombination v. Myom u. Karzinom an demselben Uterus. Inaug. Dis. Królewiec 1903.

51) Noble. Przyp. przejścia raka gruczołowego na włókniak macicy. Cent. f. G. 1905 № 9 str. 275.

52) Elis Essen-Möller. Zur Wertschätzung der Myomoperationen Arch. f. G. t. 74 zesz. 2.

53) Franqué. Zur Anatomie u. Therapie der Myome.Prager med. Wochenschrift 1903 № 50.

54) I. Philipps. Myom und Karzinom des Uterus. Cent. f. G. 1905 № 37 str. 1151.

55) Cornil. Cancer du corps de la matrice et fibrome colloidale oedematic de la matrice. Bul. et mem. de la soc. anat. de Paris 1904. Cent. t. G. 1905 № 43 str. 1334.

56) Tow. Ginek. we Wrocławiu 16. V. 1905. Cent. f. G. 1905 № 46 str. 1424.

57. Tow. położn. w Edymburgu 8/III 1905. Cent. f. G. 1905 № 45 str. 1460.

58) Tow. Ginek. w Monachium 17. VI. 1904. Cent. f. G. 1905 № 49 str. 1506.

59) Tow. Ginek. w Wirtemberdze 17/XII 1905. Cent. f. G. 1906 № 8 str. 257.

60) Walter Stadion. Ueber einen Fall v. Durchbruch eines Korpuskarzinoms in ein intraligam. Myom des Uterus. Inaug. Dis. Lipsk 1904.

61) Tow. Ginek. Frank. 4/II 1906. Cent f. G, 1906 № 16 str. 459.

62) Tow. Ginek. Frank. 7/X 1906 Cent. f. G. 1907 № 10 str. 296.

63) Winter G. Die malignen u. benignen Degenerationen der Uterusmyome. Zeit. f. G. u. G. t 57 zesz. 1. Cent. f. G. 1906 № 18 str. 536.

64) M. Piquand. Th. de Paris. 1905. Les dégénerescences des fibromes de l'uterus Cent f. G. 1906 № 31 str. 889.

65) Tow. Ginek. w Berlinie 15/VI 1906. Cent. f. G. 1906 № 40 str. 1097.

66) A. Combris. Th. de Paris 1905. Coïncidences des fibromes avec le cancer du corps de l'uterus Cent. f. G. 1906 № 42 str. 1169.

67) Bland-Sutton (Londyn). Komplikacya włókniaków rakiem trzonu macicy. Cent. f. G. 1906 № 49 str. 1361.

68) E. Piquard (Paris). Fibrome et cancer de la matrice (Ann. de gynac. et d'obst. 1905). Cent. f. G. 1906 № 49 str. 1368.

69) Peraire et Cornil. Amputation subtotale de la matrice fibromateuse avec l'epitheliome etc. Bul. et. mem. de la soc. anat. de Paris 1906. XI. Cent f. G. 1907. № 35 str. 1068.

70) Tow. położ. w Hamburgu. 17/XII 1907 Cent. f. G. 1908 № 10 str. 348.

71) A. Garkisch. Prager med. Woch. 1907 № 37.

72) Sekc. ginek. Tow. lek. w Budapeszcie 15/X 1907. Cent. f. G. 1908 № 52 str. 1668.

73) Sarwey. Ueber die primaren Resultate u. die Dauererfolge der modernen Myomoperationen. Arch. f. G. t. 79 zesz. 2.

74) Tow. położn. w Hamburgu 26/III 1907. Cent. f. G. 1907 № 26 str. 817.

75) Tow. ginek. w Berlinie 8/III 1907. Cent. f. G. 1907 № 29 str. 913.

76) Idem. 22/III 1907. Cent. f. G. 1907 № 41 st. 1244.

77) Sekcya ginek. Tow. lek. w Budapeszcie 2. VI. 1908. Cent. f. G. 1909 № 19 str. 661.

78) Tow. Ginek. w Berlinie 28. II. 1908 Cent. f. G. 1908 № 31 str. 1017.

79) Tow. Ginek. w Monachium 20/II 1908. Cent. f. G. 1908 № 24 str. 799.

80) Tow. Ginek. w Berlinie 27/XI 1908. Cent. f. G. 1909 № 17 str. 598.

81) Tow. Ginek. we Wrocławiu 27/X 1908. Cent. f. G. 1909 № 4 str. 156.

82) Tow. położ. w Hamburgu 24/XI 1908. Cent. f. G. 1909 № 22 str. 792.

83) Tow. położ. Ginek. w Lipsku 26/IV 1909 Cent. f. G. 1909 № 31 str. 1091.

84a) Tow. Ginek. w Wiedniu 14/VI. 1898 Cent. f. G. 1898 № 50 str. 1367.

84) M. P. Soulier (Th. de Toulouse 1908). Etude sur la coexistance du fibrome et du cancer epitheliale de l'uterus. Cent. f. G. 1909 № 24 str. 854.

85) Fleischman. Tow. Ginek. w Wiedniu. Centl. f. G. 1899 № 36 str. 1121.

86) Condamin. Dégeneration maligne du moignon de la matrice après l'hysterectomie subtotale. Lyon méd. 1902.

87) Związek ginekologów we Wrocławiu 19/VI 1903 Cent f. G. 1903 № 29 str. 905.

88) Tow. położn. w Edymburgu. Cent. f. G. 1904 № 40 str. 1193.

89) Lumpe. Ein Fall v. Karzinomentwickelung an einem nach supravaginaler Amputation zurückgebliebenen Cervixstumpfe 1904. Monat. f. G. u. G. t. III str. 185.

90) M. Peraire et X. Bender. Szybko postępujące zwyrodnienie rakowate szyi macicznej po amp. nadpochwowej. Bull. et mem de la soc. anat. de Paris 1904. XII.

91) Richelot. Dégeneration maligne du col après l'hysterectomie à cause du fibrome. Remarques sur myomectomie. Annales de gynéc. et d'obst. 1903. XII.

92) Bland Soutton. Cervixkarzinom nach supravaginaler Hysterectomie wegen Fibrom. Cent. f. G. 1905. № 2 str. 58.

93) Tow. Ginek. w Lipsku. 17/XI 1906. Cent f. G. 1907 № 7 str. 218.

94) Linden. De la dégénerescence maligne du moignon cervical après l'hysterectomie subtotale pour fibrome. Cent. f. G. 1908 № 32 sfr. 1075.

95) G. Burckhard. Ueber das Vorkommen v. karzinomatoser Dege-

neration des Uterusstumpfes nach supravagin. Amputation. Monat. f. Geb. n. G. 1907 t. 25 zesz. 6.

96) Tow. Ginek. we Wrocławiu 15/XII 1908. Cent. f. G. 1909 № 15 str. 541.

97) Societe de Chirurgie (Paris) 25/V 1910. Presse méd. 1910. 28/V.

98) Societe de Chirurgie. (Paris) 15/VI 1910. Presse méd. 1910 № 49.

99) Idem. 22/VI 1910. Presse médicale 29/VI 1910 № 52.

100) Hinterstoisser. Karz. des Cervixstumpfes nach der Chrobakschen Myomoperation. Cent. f. G. 1910. № 28 str. 949.

101) Clark. Jedyny przypadek mięsaka macicy z włókniakiem kanału pachwinowego. Univ. of Pensylw. med. bul. 1901. V.

102) K. Schultze. Ein Beitrag zur Histogenese des Myosarkoms (Inaug. Dis.). Monachium 1901.

103) Bauereisen. Ein bemerkenswerther Fall v. Adenomyoma uteri sarcomatosum. Beitr z. G. u. G. t. IX zesz. 2.

104) Tow. Ginek. w Monachium. 16. XI 1905. Cent. f. G 1906 № 24 str. 706.

105) Tow. Ginek. położn. w Wiedniu 18. II. 1902. Cent. f. G. 1902 № 42 str. 1281.

106) Bormann. Zur Metastasenbildung eines Tumors in einem anderen. Verh. der deut. Path. Gesellsch. 1904 № 2.

107). Tow. położ. w Hamburgu. 13. X. 1896. Cent. f. G. 1897 № 6 str. 179.

108) Amann. Bericht über die Verhandl. des 8 Versam. der deut. Gesell. f. Gynäk. in Berlin v. 24—27 Mai 1899. Cent. f. G. 1899 № 23 str. 675.

109) Idem. — Mackenroth.

110) Tow. Ginek. w Nowym Yorku 13. XI. 1900. Amer. jour. of Obst. 1901. I. II.

111) Soc. d'obst, de gynéc. et de paediatrie de Paris 4/II. 1907. Cent. f. G. № 33 str. 1012.

112) Tow. Ginek. we Wrocławiu. 1909. 23/XI. Cent. f. G. 1909 № 35 str. 1245.

113) Schaller. Gleichzeitiges Vorkommen v. Adenokarzinom u. Riesenzellensarkom im multipel myomatösen Corpus uteri nebst Ansiedelung des Karzinoms auf der Sarkomoberflache. Deut. med. Woch. 1906 № 24.

114) Tow. Ginek. w Dreźnie. 18 I. 1906. Cent f. G. 1906 № 32 str. 916.

115) Tow. położ. w Londynie. Cent. f. G. 1898 str. 514.

116) Tow. Ginek. w Berlinie 24. XI. 1899. Cent f. G. 1900 № 2 str. 64.

117) Staude. Tow. położn. w Hamburgu 17. IV. 1900.

118) Hannecart. Uterusfibrom u. Parovarialcysten. Annales de la soc. Belge de chir. 1902 № 1.

119) J. Watt- Keen. Zur Pathol. der. Uterusmyome u. zur Indikation ihrer Behandlung. Cent. f. G 1904 № 5 str. 150.

120) Patel. Fibrome et tumeurs des ovaires. Lyon méd. 1903. 20. XII.

121) Beobachtungen über gleichzeitiges Vorkommen v. Uterusmyom u. Ovarialer Neubildung v. Ossian Hellstén. Mitt. aus der gynäk. Klinik. des prof. Dr. Otto Engström. Tom. IV zesz. 3.

122) Frank. Tow. Ginek. 30/IV 1904. Cent. f. G. 1904 № 35 str. 1049.

123) Lauwers. Deux cents observations d'hysterect. suprav. pour fibromes. Cent f. G. 1904 № 48 str. 1503.

124) Bauereisen. Ueber einen Fall v. Einbruch eines karzinomatösen Ovarialtumors in ein intramurales Fundus-myom. Münch. med. W. 1905 str. 13.

125) Tow. Ginek. w Dreźnie. 19/XII 1906. Cent. f. G. 1906 № 49 str. 1355.

126) R. Morison. Bericht über die grösseren Bauch und Beckenoperationen in Krankenhause zu Newcastle warend des Jahres 1906. Cent. f. G. 1908 № 24 str. 813.

127) Tow położ. w Londynie 6/II 1907. Cent f. G. 1908 № 8 str. 267.

128) Freie Vereinigung v. Frauenärzten in München 23/I 1907 Cent. f. G. 1907 № 37 str. 1122

129) Sekcya ginek. Węgiersk. Tow. Lek. 2/VI 1908. Cent. f. G. 1909 str. 663.

130) Tow. ginek. w Monachium. 9/VII 1908. Cent. f. G. 1908 № 39 str. 1289.

131) Tow. położ. w Hamburgu 25/II 1908. Cent. f. G. 1908 № 24 str. 801.

132) Tow. Ginek. w Monachium 15/VII 1909 Cent. f. G. 1909 № 49 str. 1684.

133) I. A. Roche. L'ovaire de fibramateuses (Th. de Bordeaux 1904). Cent. f. G. 1905 № 25 str. 730.

134) Leon Devaux (Th. de Paris). Chorobl. zmiany w przydatkach podczas rozwoju włókniaków macicy. Cent. f. G. 1905 № 6 str. 178.

135) P. Hundt. Ueber Adnexerkrankungen bei Uterusmyome. Cent. f. G. 1904 № 4 str. 118.

136) Tow. ginek. w Berlinie 27. XI. 1903. Cent. f. G. 1904 № 4 str. 112

137) Daniel. Stan przydatków przy włókniaku macicy. Revue de gynec. et de chir. abdom. 1903 № 1 str. 2.

138) Kreuzman. Fibromyom des Uterus. Cent. f. G. 1902 № 18 str. 484.

139) O. Seydel. Lipoma fibromyomatosi uteri Zeit. f. G. u. G. t. 2, zesz. 2 i 3.

140) Tow. ginek. w Berlinie 26. IV. 1901. Cent. f. G. 1901 № 25 str. 754.

141) Fromme. Kasuistischer Beitrag z. Ausgangspunkt gutartiger Geschwülste in den grossen Labien. Mon. f. G. n. G. t. XX. zesz. 4.

142) Gebele. Ueber Angiome u. ihren Zusammenhang mit Karzinomen. Münch. med. Woch. 1902 № 4.

143) Z. Dmochowski. Dyagnostyka anatomo-patologiczna, część II 1909.

Z oddziału dla chorób kobiecych D-ra Z. Monsiorskiego w szpitalu Wolskim.

Przyczynek do kazuistyki pierwotnej gruźlicy jajnika

podał

Z. FIEDOROWICZ

asystent oddziału.

Pierwotne cierpienia gruźlicze jajników należą do najrzadszych postaci chorobowych w narządzie płciowym kobiety. Pfannestiel wyraża z tego powodu zdziwienie, natomiast Hofmeier znajduje to dość naturalnem, i tłómaczy sobie w ten sposób, że dogodne i osłonięte położenie topograficzne, oraz mocna otoczka zewnętrzna narządu zabezpiecza tenże od przedostawania się doń laseczników Kocha.

Jani, Westermeyer i Jäckh nawet w daleko posuniętej gruźlicy ogólnej nigdy nie znajdywali laseczników w jajnikach.

W przeciwieństwie do cokolwiek dawnych badań autorów pomienionych, w ostatnich czasach spostrzeżenia co do pierwotnej gruźlicy jajników nieco pomnożyły się, a to dzięki bardziej dokładnemu badaniu drobnowidzowemu. Za ustalony można dziś uważać fakt, że jedynie sumienne badanie histologiczne jest w stanie wykryć istotę cierpienia, szczególnie w tych przypadkach, kiedy jajnik makroskopowo przedstawia się pozornie zdrowym. Spostrzeżenia tego rodzaju znajdujemy w pracach Wolffa, Schottländera, v. Franquego, Acconci, Martina.

Pomimo tych mrówczych zabiegów, dziś jeszcze, sądząc z obliczeń v. Franquego, przypadki pierwotnej gruźlicy jajników należy uważać za bardzo rzadkie, i to ośmiela mnie do opisa-

nia przypadku, spostrzeganego przezemnie w ciągu dłuższego czasu, a następnie operowanego przezemnie w oddziale ginekologicznym szpitala Wolskiego dnia 28 października r. 1908.

Przypadek dotyczy 22 letniej robotnicy W. B., którą po raz pierwszy widziałem 2 lata przedtem, będąc wezwany do niej przez kolegę internistę. Ten ostatni podejrzywał zapalenie wyrostka robaczkowego, lecz nie będąc pewny swego rozpoznania, prosił mnie o zbadanie ginekologiczne, które wykazało zapalenie prawego jajowodu oraz obecność dość twardego i mało bolesnego guza z lewej strony macicy, prawie nieruchomego, jak gdyby międzywięzadłowego, wielkości mandarynki; nad tym guzem udało się wyczuć twór, który wydawał się być mało zmienionym jajnikiem (!).

Z wywiadów okazało się, że chora była od roku zamężna, nie przebywała porodów i poronień; peryody miewała nieduże, bolesne, trwające 1 dzień co 3—4—5 tygodni; miewała stale białe upławy, dokuczliwe bóle w krzyżu i na dole brzucha na lewej stronie, a w ostatnich czasach od kilku dni — na prawej. Przed 15-tu laty chorowała na szkarlatynę; od bardzo młodych lat miewała boleści w brzuchu; pierwszy peryod był w 13-m roku życia, trwał kilka dni; następne były zawsze połączone z silnymi bólami w brzuchu na dole i w krzyżu, zwłaszcza przed peryodami i na początku tychże.

Po ślubie, po 6-u miesiącach dobrego zdrowia, pacyentka zaczęła niedomagać, czuła się osłabioną i straciła łaknienie. Wkrótce potem wystąpiły bóle w dole brzucha i w krzyżu i w okresach pomiędzy peryodami. Przez czas jakiś chora wymiotowała, nie częściej, niż raz dziennie. Mniej więcej w rok po ślubie zjawiły się z pochwy wypływy, z początku w niedużej ilości, a później obfite i gryzące.

Chora po raz pierwszy przybyła do szpitala Wolskiego w marcu 1908 roku. Z wywiadów, podanych przez pacyentkę bardziej szczegółowo, okazało się, że w 17-m roku życia chorowała ona na zapalenie pęcherza moczowego, które trwało krótko i było leczone lekami wewnętrznymi.

Co do męża chorej — to ten okazał się zupełnie zdrowym, i na rzeżączkę nigdy nie chorował.

Oględziny stwierdziły, że chora jest zbudowana prawidłowo, wzrostu małego, niedokrwista i miernie odżywiana.

W płucach i sercu żadnych zmian chorobowych nie wykryto, ale wygląd ogólny pacyentki można było scharakteryzować jako „habitus phthisicus". Narządy płciowe przedstawiały się, jak następuje: krocze całe, srom prawidłowy, śluzówka sromu i pochwy bardzo blada. Macica prawie że nie powiększona, ruchoma, pochylona ku stronie prawej. Prawe przydatki macicy cokolwiek zgrubiałe, ale robiły wrażenie zdrowych; zagięte nieco ku tyłowi z jajnikiem prawym z tyłu macicy, prawie unieruchomione. W lewych przydatkach znaleziono guz mało ruchomy, formy podłużnej, idący w kierunku poprzecznym, mało bolesny, wielkości małej pomarańczy; za tym guzem i nieco nad nim — twór wyżej wspomniany, wyglądający niby mało zmieniony jajnik.

Rozpoznanie brzmiało: sactosalpinx sinistra, prababiliter pyosalpinx, suspicio tuberculosis. Na proponowaną operacyę nie zgodził się mąż chorej, wobec tego przystąpiono na razie do leczenia czopkami z ichtiolem i lekami kojącymi, oraz okładami pod ceratką na brzuch. Następnie zastosowano kolumnizacyę pochwy z tigenol-gliceryną. Guz na stronie lewej jednak nietylko że nie znikał, lecz przeciwnie — stopniowo powiększał się; na prawej stronie zaś stwierdzono tylko obecność zrostów naokoło przydatków.

Ponieważ stan ogólny chorej pozostawiał coraz więcej do życzenia, i siły ją opuszczały — zalecono arszenik z żelazem, i zamiast leczenia miejscowego — słone kąpiele. Ale wszystko to skutku nie odniosło i po 3 tygodniowym pobycie w szpitalu chora opuściła tenże, oczywiście — bez poprawy. W ciągu następnych paru miesięcy spostrzegałem chorą w dalszym ciągu. Wyraźnie dało się stwierdzić stałe pogarszanie się ogólnego stanu pacyentki: bóle w brzuchu były nieraz bardzo mocne, chora czasami gorączkowała, mizerniała coraz bardziej. Badanie płuc i plwocin dawało stale wyniki ujemne co do gruźlicy.

Na mniej więcej trzy miesiące chora znikła mi z oczu; ujrzałem ją ponownie na trzy tygodnie przed wykonaniem operacyi w oddziale Dra Monsiorskiego, dokąd sama zgłosiła się w stanie rozpaczliwym. Chora stale gorączkowała, miała rozwolnienie i była wyniszczona w wysokim stopniu. Badanie stwierdziło, że guz lewostronny powiększył się do wielkości dużej pięści i zachodził nieco w tył macicy, był unieruchomiony zupełnie. Macica i prawe przydatki bez zmian.

Wobec całego przebiegu sprawy chrobowej i braku rzeżączki u męża, rozpoznano stanowczo sprawę gruźliczą, prawdopodobnie w jajowodzie, w połączeniu z zapaleniem otrzewnej miedniczej.

Ciepłota chorej wahała się od 35,6 do 39,2; tętno od 100 do 120. Częste dreszcze i mdłości dokuczały jej, a napady bólów w brzuchu były chwilami nieznośne. Do tego przyłączyły się bóle głowy i bóle w okolicy lewego stawu biodrowego. Wypróżnienia bywały czasami kilkanaście razy na dobę.

28 października 1908 r. przystąpiłem do cięcia brzusznego w uśpieniu chloroformowem, po uprzedniem wstrzyknięciu skopomorfiny.

Po otwarciu jamy otrzewnej napotkano liczne zrosty pomiędzy kiszkami a guzem, macicą i prawym jajnikiem. Szczególnie mocne zrosty pomiędzy guzem a kiszką cienką z trudnością udało się porozdzielać, przyczem oderwano surowicówkę kiszki na przestrzeni około 10 centym.

Ranę tę kiszki zaszyto szwem dwupiętrowym. W dalszym ciągu uwolniono ze zrostów macicę i prawe przydatki; następnie stwierdzono, że na lewej stronie miało się do czynienia z międzywięzadłowym guzem lewego jajnika, a nieco po za nim i nad nim znajdował się zgrubiały i zarośnięty lewy jajowód.

Po nacięciu więzu szerokiego, guz uwolniono, przyczem wylała się ropa w niewielkiej ilości. Po usunięciu guza, wycięto jajowód lewy i prawe przydatki. Jamę międzywięzadłową lewą wypchano gazą, której końce

odprowadzono do pochwy; od góry wiąz zaszyto prawie zupełnie i, aby uniknąć włożenia worka Mikulicza, jamę Douglasa oddzielono od reszty otrzewnej za pomocą przyszycia esicy do macicy i resztek prawego więzadła szerokiego. Powłoki brzucha zespolono szwem trzypiętrowym.

Na otrzewnej, kiszkach, macicy i jajowodach nie wykryto makroskopowo zmian gruźliczych, wobec tego można było przypuścić, że miało się do czynienia z pierwotną gruźlicą jajnika lewego, który, będąc wielkości pięści, na przekroju przedstawił się pełen różnej wielkości jam, o bardzo nierównych ścianach, jam — wypełnionych ropą. Badanie anatomo-patologiczne cząstki jego, dokonane przez Dra Lorentowicza, stwierdziło obecność dużej liczby wielojądrowych komórek olbrzymich, typowych dla gruźlicy, ropa zaś, na zasadzie badania, dokonanego przez Drów L. Kozickiego i Szerypo, zawierała laseczniki Kocha.

Jajowody, zarośnięte i zgrubiałe, ropy nie zawierały, ich śluzówka makroskopowo przedstawiała się zupełnie zdrową.

Chora w 10 dni po operacyi zmarła wskutek rozlanego zapalenia otrzewnej.

Badanie pośmiertne ani w płucach, ani w gruczołach oskrzelowych, jako też w macicy, pęcherzu i innych narządach wewnętrznych — zmian gruźliczych nie wykryło.

Na zasadzie powyższego można twierdzić, iż w danym razie miało się do czynienia rzeczywiście z pierwotną gruźlicą jajnika, zmiany zaś w reszcie przydatków pochodziły z wtórnego zlepnego zapalenia otrzewnej miedniczej.

Ogólny wniosek praktyczny z opisu przypadku niniejszego jest, mojem zdaniem, ten, że wszelkie zapalne sprawy przydatków, nie wykazujące zdolności do względnie szybkiej poprawy, powinne być bezwarunkowo leczone operacyjnie i tem bardziej, jeżeli ogólny stan chrorej zaczyna pogarszać się.

W opisanym przypadku wynik leczenia operacyjnego byłby, zapewne, inny, gdyby operacya została dokonaną wcześniej, w odpowiedniej chwili, nie zaś wtedy, kiedy stan ogólny chorej był wprost beznadziejny, co stało się, zresztą, nie z winy lekarza, lecz z racyi uporu męża pacyentki, który, jak to zresztą bywa u nas bynajmniej nie rzadko, pomimo braku najmniejszej kompetencyi w tej sprawie, stawał lekarzom na przeszkodzie w ratowaniu życia chorej żony swojej. I jeszcze jedna uwaga: w przypadkach wylania się ropy podczas operacyi nie należy ufać zanadto zabezpieczeniu jamy brzusznej serwetami, ale nie zapominać o starym przyjacielu—worku Mikulicza, względnie—wyprowadzić sączek przez ranę brzuszną.

Co się tyczy rozpoznania gruźlicy narządów rodnych wogóle, to, jak wiadomo, jest ono, wobec braku zmian w innych narządach, bardzo trudne i może być tylko prawdopodobne. Bądź co bądź wywiady, sumiennie zebrane, mogą dać nam wiele danych, natury cierpienia dotyczących. W przypadku omawianym niezmiernie stopniowy i przewlekły przebieg choroby, wybitne pogarszanie się stanu ogólnego, wobec braku odpowiednich momentów do zakażenia, t. j. porodów i poronień oraz brak rzeżączki u męża — wszystko to pozwoliło jeszcze przed operacyą rozpoznać gruźliczą naturę cierpienia, co zostało całkowicie potwierdzonem za pomocą badania drobnowidzowego.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 12 maja 1910 r.

1. *Stankiewicz Wł.*: a) chora po usunięciu mięsaka krtani na drodze rozszczepienia krtani z przedstawieniem okazu;

b) okaz raka krtani; usunięcie prawej połowy;

c) chory po operacyi z powodu wnętrostwa;

d) okaz wyłuszczonego przyjądrza wskutek gruźlicy;

e) okaz raka trzustki.

2. *Lewenstern*. Pokaz chorego, dotkniętego ogromnym guzem tułowia.

3. *Krauze*: a) pokaz dziecka, dotkniętego wynicowaniem pęcherza moczowego.

b) pokaz okazu zwichnięcia kręgów.

4. *Jankowski*. Pokaz chorego po rozległem usunięciu narządów przedniej okolicy szyi.

5. *Judt i Fryszman*. Pyelografia.

6. *Oderfeld*. Przyczynek do etyologii wgłobienia jelit.

1. *W. Stankiewicz* przedstawia: a) okaz krtani u mężczyzny lat 44, który przed rokiem z powodu chrypki zgłosił się o poradę do D-ra Sinołęckiego. Ten znalazł narośl pod struną głosową prawą w kształcie polipa, którą usunął w znieczuleniu miejscowem i cząsteczki polecił choremu dać do zbadania. — Pacyent doznał znacznej ulgi, ale na jesieni stan chrypki pogorszył się; wtedy D-r Sinołęcki wydobył kilka kawałków narośli i poddał je zbadaniu. Narośl okazała się nabłoniakiem, wskutek czego poradził choremu poddanie się doszczętnej operacyi, na co pacyent zgodził się i wstąpił do szpitala Ewangielickiego.

Dnia 29/12 St. wykonał mu dolne cięcie tchawicy. 22. 1. 1910 w uśpieniu chloroformem otworzył krtań i znalazłszy, że narośl ogranicza się do zajęcia tylko częściowego prawej połowy krtani, wyciął połowę prawą, pozostawiając niezajętą strunę lewej strony. Chory obadwa zabiegi zniósł bardzo lekko — nie gorączkował wcale i po upływie paru tygodni, pomimo niezagojonej rany, mógł mówić cicho, zatkawszy otwór w tchawicy. Przytem stan ogólny znacznie poprawił się, pacyent nabrał łaknienia, spał dobrze i zaczął na wadze przybierać. D. 26/2 wypisał się ze szpitala z zabliźnia-

jącą się raną. Nadmienić przytem wypada, że gruczoły szyjne nie były zajęte. — Badanie wyciętej połowy krtani wskazuje, iż nowotwór zajmuje błonę śluzową i tkankę łączną aż do chrząstki tarczowej w postaci podłużnego wałeczka pod struną głosową i nie dochodzi ku tyłowi do linii środkowej.

Obecnie czuje się ciągle dobrze, rana po operacyi zagojona, tylko jeszcze pozostaje mały otwór, prowadzący do tchawicy.

b) Kobietę lat 56, żonę wyrobnika, która z powodu chrypki coraz uporczywszej i chwilami napadów duszności skierowaną została przez D-ra Rontalera do oddziału chirurgicznego, jako dotknięta nowotworem krtani. Ponieważ objawy trudnego oddychania znacznie spotęgowały się, wykonano jej 5 lutego r. b. przecięcie tchawicy, po poprzedniem przecięciu i podwiązaniu dość rozwiniętego gruczołu tarczowego. D. 9/2. Rozszczepienie krtani, wykonane przez kol. Burszego. Przyczem okazało się, że guz wielkości małej śliwki, na wązkiej krótkiej szypułce, wypełniał całą jamę krtani. Odcięcie guza, wypalenie staranne miejsca wyjścia nowotworu, i szew całej rany. Przebieg pomyślny i bardzo szybki; oddychanie swobodne i mowa dość wyraźna przy zatkaniu otworu w tchawicy. D. 22/3 wypisana zupełnie zdrowa.

Nowotwór badany okazał się mięsakiem drobnokomórkowym, co jest dość niezwykłe ze względu na bardzo ograniczoną przestrzeń zajętej błony śluzowej, podstawa bowiem jego w kształcie wązkiej choć krótkiej szypułki nasuwała myśl, iż mamy do czynienia z polipem włóknistym. Obecnie chora czuje się dobrze, mówi chrypliwie, ale oddycha swobodnie. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazuje nacieczenie i zgrubienie strun głosowych bez śladu wznowy nowotworu. Budzi jednak uwagę powstały na szyi z prawej strony gruczoł pod mięśniem mostkowosutkowym, jako możebne zajęcie w przebiegu dolnym mięsaka.

c) Młodzieńca lat 16, który z powodu przepukliny pachwinowej lewej i od czasu do czasu bólów w tej okolicy wstąpił na kuracyę do szpitala Ewangielickiego d. 7/2 1910. Badanie wykazuje, iż mamy do czynienia z przepukliną powikłaną wnętrostwem.

W przebiegu operacyi, wykonanej 10/2, znaleziono jądro w kanale pachwinowym, otoczone zgrubiałym i rozciągniętym wyrostkiem otrzewnej, tworzącej worek przepuklinowy. Po odzieleniu takowego od jądra i podwiązaniu, oddzielono starannie jądro od tkanek otaczających a po przecięciu zrostów powrózka nasiennego udało się bez trudności ściągnąć jądro do moszny i przez otwór, zrobiony w skórze, wyprowadzić na zewnątrz. Zamiast jednak pozostawić takowe na zewnątrz rany St. przymocował kilku szwami obwód jądra do brzegów rany i ranę zaszył. Przebieg pooperacyjny jak najlepszy, rana zagoiła się przez rychłozrost, pacyent miejscowo nie doznawał żadnych przykrości, jądro ustaliło się w nadanem mu położeniu i pacyent d. 27/2 wypisany został ze szpitala. Obecnie po upływie 3 miesięcy widzimy, iż otwór kanału pachwinowego jest mocno zwężony, jądro znajduje się w mosznie i jest nieco zgrubiałe.

d) Okaz wyłuszczonego przyjądrza wskutek zwyrodnienia gruźliczego. Pacyent lat 28 przybył do szpitala Ewang. d. 28/I 1910 r., wskazując na bóle

w lewem jądrze, trwające od kilku tygodni. — Płuca zdrowe, żadnego zajęcia nerek, pęcherza i sterczu. Sznurek nasienny niezmieniony. 1. 2. Wycięcie całego przyjądrza i wszycie nasieniowodu do brzegu rany jądra. — Rychłozrost, wypisany 12. 2. w zupełnem zdrowiu. Wśród nacieczonego nieco przyjądrza wyróżniają się 3 ogniska żółtawe, w których środku spostrzegamy początkowy okres rozpadu serowatego. — Ponieważ inne części organów moczopłciowych nie były dotknięte sprawą gruźliczą, jak to bywa zwykle, przeto byłby to rzadki przypadek pierwotnego zajęcia gruźliczego przyjądrza i z tego powodu bardzo nadający się do wycięcia.

e) Okaz raka trzustki. Pochodzi z chorej lat 39, która d. 26. l. 1910 r. wstąpiła da szpitala Ewangielickiego z powodu silnych i nieustających bólów w krzyżu oraz puchliny brzucha, trwających około 2 miesięcy. Chora nie gorączkuje, chodzi, czuje się osłabioną, nie ma łaknienia. Płuca, serce i nerki zdrowe, przewód pokarmowy nie przedstawia żadnych wybitnych zaburzeń, skłonność do zaparcia stolca. Macica i przydatki zdrowe. Z wywiadów dowiadujemy się, że chora przed paru laty cierpiała na objawy kolki żółciowej. Brzuch wzdęty, wyczuwa się znaczne zebranie płynu wolnego w jamie otrzewnej. 14. 2. przekłucie ściany brzusznej i wypuszczenie około 10 litrów płynu rzadkiego, barwy mlecznej z odcieniem różowym. Badanie wnętrza jamy brzusznej po opróżnieniu płynu wykazuje niewyraźne zgrubienie w głębi ponad pępkiem, przy uciskaniu którego chora wyczuwa ból nieznaczny. Płyn zbadany w pracowni kol. Serkowskiego wykazuje obfitość limfocytów, nieco krwi, białka przy oddziaływaniu alkalicznem. — Rozpoznanie: Nowotwór trzustki. — W przebiegu choroby ujawnia się stale postępowe osłabienie ogólne, ciągły niczem nie dający się uśmierzyć ból krzyża, brak zupełny łaknienia, stale zwiększający się płyn w jamie brzusznej. 10. 3. Zapalenie płuc prawostronne. 13. 3. skon. Badanie pośmiertne: Przewlekłe ropne zapalenie pęcherza żółciowego z mnóstwem drobnych kamyków żółciowych. Rak trzustki, który zajął całą tkankę, wypełniającą przestrzeń między wątrobą, żołądkiem, dwunastnicą i unieruchomił te organa oraz silnie zlał się z kolumną kręgową, zajmując tak przednią jej powierzchnię, jak i boki, skutkiem czego wynikł ucisk nerwów, powodując ów dotkliwy ból nieustający. Jednocześnie zwyrodnienie i ucisk przewodu chłonnego piersiowego (ductus thoracicus) stał się przyczyną wydzielania się owego charakterystycznego płynu w jamie brzusznej.

(Streścił mówca).

Oderfeld zapytuje, czy guz krtani był ruchomy i dlaczego w takim razie nie wydobyto go częściowo na drodze wewnątrzkrtaniowej celem zbadania kawałka pod mikroskopem. Zdaniem O. guz ten powinienby zniewolić do zabiegu bardziej doszczętnego, mianowicie do usunięcia krtani.

Kryński zastanawia się nad dalszymi losami chorej, u której już teraz stwierdzić można powiększenie gruczołów na szyi i gruczołu tarczowego.

Stankiewicz Wł. odpowiada Oderfeldowi, że przed operacyą usunięto próbnie kawałek guza. Pierwsze badanie wykazało raka, dopiero później przekonano się, że był to mięsak. Na razie krtani nie usunięto, ponieważ

nowotwór posiadał szypułę i chrząstka, na pierwszy rzut oka, niezajęta. Teraz należałoby usunąć powiększone gruczoły.

ad c) Krauze jest zdania, że wynik ostateczny zabiegu będzie można ocenić dopiero po dłuższym przeciągu czasu.

Kryński przypomina, że powodem trudności operacyjnych i wznowy bywa częstokroć krótkość powrózka nasiennego i dlatego wycięcie splotu wiciowatego znacznie ułatwia operacyę, a jak dowiodły badania Polya i Radlińskiego, nie powoduje zgorzeli jądra, o ile tylko pozostawić całą tętnicę nasieniowodową. Jednakże przed 10 rokiem życia wycięcia należy unikać.

Wertheim. U dzieci wycięcie splotu wiciowatego może stać się powodem zgorzeli, ponieważ w tym wieku nie ustalają się jeszcze połączenia tętnic powrózka i nasieniowodu.

Stankiewicz. Jak na 3 miesiące po operacyi, wynik uważać należy za dobry. Rezekcya splotu wiciowatego nie była tu potrzebna, ponieważ jądro udało się opuścić do moszny bez trudności. Dzięki metodzie, użytej przez mówcę, udało się otrzymać rychłozrost, którego nie daje sposób Hahna.

2. *Lewenstern* przedstawia chorego, dotkniętego ogromnym guzem tułowia.

Kryński radzi w danym przypadku bezwarunkowo wykonać operacyę, bez względu na rozległość guza i uważa, iż rokowanie jest tu pomyślne. Sam przed 10 laty przedstawiał przypadek rozległego lewostronnego chrzęstniakomięsaka tułowia, gdzie trzeba było usunąć guz wraz z częścią osierdzia, a pomimo to chory żył jeszcze przez kilka miesięcy.

Kijewski, godząc się również na konieczność zabiegu w danym przypadku, nie podziela jednakże optymizmu Kryńskiego i przypuszcza, że operacya będzie trudna, że nie ma pewnych dowodów, iż opłucna nie jest wciągnięta w nowotwór, a wobec braku urządzeń do operowania przy otwartej opłucnej i możliwości jej uszkodzenia podczas zabiegu, możliwe są ciężkie powikłania po operacyi i rokowanie uważać należy za niepewne. Wogóle warto dobrze zastanowić się, czy kusić się o doszczętne usunięcie guza, czy też ograniczyć się do usunięcia tego, co się da.

Horodyński nie wątpi, iż mamy do czynienia z mięsakochrzęstniakiem, wychodzącym z mostka, zajmującym również i żebra, ale nie drążącym do głębi.

Borzymowski przytacza swój przypadek guza analogicznego w okolicy lewej łopatki. Pierwszą operacyę udało się wykonać bez otwarcia opłucnej; dopiero podczas 2 następnych zabiegów otwarto ją. Chory po 2-ej operacyi zmarł. W danym przypadku kierunek i kształt guza przemawiają za pochodzeniem żebrowem i zajęciem opłucnej.

Krauze: Jeżeli guz jest złośliwy, operacya niedoszczętna jest bezcelowa, jeżeli dobrotliwy — zabieg powinien być łatwy. Obawa, że guz wrasta do jamy opłucnej jest, zdaje się, nieco przesadna. Nawet w tym ostatnim razie jednostronne otwarcie klatki piersiowej nie stanowi niebezpieczeństwa dla życia, jak tego dowodzi przypadek mówcy, w którym u dziecka zrobiono przekłucie opłucnej, podejrzywając wysięk ropny. Nakłucie wykazało ropę, ale podczas operacyi stwierdzono, że jej niema, a pomimo to otwarcie opłucnej nie wywarło ujemnego wpływu na stan dziecka.

Kijewski. Wiadomo, że jednostronne, powolne otwarcie klatki piersiowej nie przedstawia niebezpieczeństw, podczas gdy obustronna, nagła odma piersiowa kończy się przeważnie śmiercią; dlatego też przewidując, że operacya doszczętna w danym przypadku nie obejdzie się bez obustronnego otwarcia opłucnej, K. radzi wykonać conajwyżej zabieg paliatywny.

Ciechomski jest zdania, że guz wychodzi z chrząstek żebrowych. Chory zgadza się jedynie na usunięcie bocznej części guza. Doszczętna operacya musiałaby doprowadzić do usunięcia chrząstek żebrowych i mostka. Zabieg byłby bardzo ciężki, zwłaszcza w razie zajęcia opłucnej. W każdym razie C. radziłby wykonać go na 2-ch posiedzeniach.

Sławiński dodaje, iż istnieje stosowana przez Carrela metoda Meltzera, która pozwala otwierać obie połowy klatki piersiowej bez szkody dla sprawy oddechania. Carrel za pomocą cienkiego cewnika gumowego, wprowadzonego przez głośnię aż do rozdwojenia tchawicy mieszkiem nożnym wdmuchuje do płuc powietrze pod małem ciśnieniem, dzięki czemu przy względnie nieruchomych płucach wymiana gazów odbywa się bez przeszkód. Stosując tę metodę, Carrel wykonywał szereg doświadczeń na zwierzętach— z dziedziny chirurgii aorty — zwierzęta doskonale znosiły 3-godzinne uśpienie eterem. Odnośnie danego przypadku S. zwraca uwagę, że w razie wznowy cierpienia po operacyi paliatywnej dobre usługi mogłoby wyświadczyć naświetlanie promieniami X.

3. *Krause* a) pokazuje dziecko dotknięte wynicowaniem pęcherza moczowego;

b) pokazuje i omawia okaz zwichnięcia kręgów.

Chory 20 letni woźnica, siedząc na wozie z drzewem, wjeżdżał w bramę. Ponieważ brama była nizka, zmuszony był nachylić głowę i całe ciało, by módz przedostać się. Gdy mu zdawało się, że już znajduje się po drugiej stronie bramy, uniósł się i w tem poczuł silne uderzenie w krzyżu. Natychmiast doznał silnego bólu w okolicy krzyża i bezwładny wyciągnął się na wozie.

Przywieziono chorego do szpitala w stanie bardzo ciężkim. Badanie chorego wspólnie z kolegą Rotstadtem dnia 3 marca r. b. stwierdziło: chory leży nieruchomo na wznak, ruchów dowolnych ani całemi kończynami dolnemi, ani w stawie kolanowym i skokowym wykonać nie może; palcami również nie porusza; przy usiłowaniu wykonania ruchu prawą kończyną dolną widać ruchy skurczowe w m. m. przywodzących, grubych wewnętrznym i zewnętrznym. W kończynie dolnej lewej ruchów tych nie widać. Bezwład kończyn dolnych jest wiotki. Odruchy ścięgniste i skórne zupełnie zniesione. Ruchy stawu biodrowego prawego i lewego rozpoznaje; przy poruszaniu kończyn w stawie kolanowym poznaje, którą kończynę porusza się, nie umie jednak zawsze prawidłowo określić kierunku tych ruchów. Ruchów w stawie skokowym nie rozpoznaje, ani też ruchów palców.

W nerwach czaszki i kończyn górnych zmian niema. Badanie czucia wykazuje: uczucie zimna i ciepła w okolicy obu ud osłabione, w okolicy stóp zniesione na przedniej i tylnej powierzchni, w okolicy moszny i prącia nie rozpoznaje ani zimna, ani ciepła. Uczucie bólu w okolicy obu ud z przodu i z tyłu znacznie osłabione, w okolicy stóp zniesione. W okolicy pośład-

ków odczuwa b. mało bólu, a w okolicy moszny i prącia często się myli. Uczucie dotyku w okolicy obu ud znacznie osłabione a w okolicy stóp zniesione; w okolicy moszny i prącia dotyku albo nie odczuwa, albo b. słabo. Mocz oddaje samoistnie w małej ilości. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Tętno słabe, 60 uderzeń na minutę. Na grzbiecie w okolicy kręgu lędźwiowego znajduje się znieczulenie kręgosłupa. Miejsce to przy ucisku bolesne.

3-go dnia po przybyciu chorego zmian żadnych w ruchach kończyn dolnych niema. W okolicy kości krzyżowej skóra zaczerwieniona obrzękła, na kończynach dolnych, w miejscach, gdzie przykładano butelki z gorącą wodą, znajdują się pęcherze, wypełnione płynem surowiczym; kończyny chłodne. Chory moczu sam oddać nie może, czuje jednak potrzebę oddawania moczu.

Podczas następnych dni chory ogólnie czuje się gorzej, w okolicy kości krzyżowej odleżyna dość duża. Moczu sam nie oddaje, a wypuszcza się za pomocą cewnika. Mocz mętny, zawiera dość dużo ropy. Stan podgorączkowy, tętno dobre przyspieszone. Rentgenogram wykonany w pracowni szpitalnej wykazuje złamanie 2-go kręgu lędźwiowego, w górnej części odłam posunął się nieco ku górze, i znajduje się z lewej strony.

Wobec objawów ucisku na rdzeń, które w ciągu kilku dni wcale nie zmniejszały się, spowodowanego prawdopodobnie odłamem kostnym, przystąpiłem dnia 11 marca, t. j. 9-go dnia po przybyciu chorego do szpitala, do wycięcia łuków kręgowych, które wykonałem w uśpieniu chloroformowem, poprowadziwszy cięcie od 12-go kręgu grzbietowego do 4-go lędźwiowego. Pokazało się, że wyrostek kolczysty 2-go kręgu lędźwiowego odstaje na szerokość palca od wyrostką takiegoż niżej leżącego, wyrostki skośne 2-go kręgu lędźwiowego uniesione są ku górze i stoją na takichże wyrostkach niżej leżącego kręgu (subluxatio); w mięśniach znajdują się nieduże odłamki wyrostków poprzecznych, które zostały usunięte. Następnie usunąłem oba wyrostki ciernistę 2-go i 3-go kręgu lędźwiowego, przeciąłem łuki, odciąłem wyrostki skośne, których odprowadzić nie było można, i w ten sposób obnażyłem rdzeń. Tętnienia rdzenia nie było; opona twarda nie była zraniona, lecz w miejscu, gdzie zaczął się ogon koński, miała zabarwienie szarobrunatne. Opony twardej nie przeciąłem. Na ranę nałożyłem kilka szwów i wprowadziłem pasek gazy jodoformowej.

Stan chorego po operacyi nie poprawił się, chory gorączkował, bezwład kończyn dolnych nie ustępował, czucie nie wracało, odleżyny szerzyły się coraz dalej w okolicy kości krzyżowej i pośladków, i w końcu zmarł d. 19 kwietnia 1910 r. Żył po oper. 35 dni.

Oględziny zwłok częściowo wykonane na kręgosłupie wykazały: zupełne rozluźnienie między 2-im i 3-im kręgiem lędźwiowym z powodu przerwania wiązu przedniego kręgosłupa między wspomnianymi kręgami, brak chrząstki międzykręgowej, części kości oderwane od przednich brzegów 3-go i 4-go kręgu. Na rdzeniu w miejscu, odpowiadającem powierzchni między 2-im i 3-im kręgiem lędźwiowym na ogonie końskim, widać na przedniej powierzchni wgniecenie w postaci szerokiej bruzdy; opona twarda nie

zraniona, włókna ogona końskiego w stanie przekrwienia (pokaz preparatu). Jak widać z tego preparatu, wszystkie objawy, które występowały za życia natychmiast po wypadku, zależały od uszkodzenia ogona końskiego rdzenia na całej jego szerokości w części, znajdującej się między 2 im i 3-im kręgiem lędźwiowym. Uszkodzenie to spowodował ucisk brzegów 2-go i 3-go kręgu lędźwiowego, sterczących do kanału kręgowego z powodu przemieszczenia wspomnianych kręgów.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że uraz wywołał tu nadwichnięcie kręgów w części lędźwiowej, w której przeważnie występują złamania. Zwichnienia i nadwichnienia występują przeważnie w części szyjowej kręgosłupa. Z powodu tego przypadku chciałby tu K. podnieść niektóre punkty. Przedewszystkiem, czy po ciężkich uszkodzeniach kręgosłupa, w których również występują objawy ze strony rdzenia, należy operować i kiedy. Otóż, ponieważ nigdy nie wiemy, jak daleko sięga uszkodzenie, a objawy urazowe spowodowane być mogą przez ucisk na rdzeń odłamem kości, należy przystępować zawsze do operacyi, i to natychmiast po wypadku, jeżeli rentgenogram wskazuje, że nastąpiło złamanie jakiejkolwiek części kręgu. Można z operacyą poczekać, jeżeli objawy ze strony rdzenia są nieznaczne z początku, a dopiero z biegiem czasu stają się groźniejszymi. W przypadkach nawet ciężkich, o ile tylko stan ogólny chorego na to pozwala, również należy operować, i jeżeli nawet operacya była bezskuteczna, to przynajmniej — zrobiono wszystko, co można było zrobić dla uratowania człowieka.

Czy po zwichnieniu lub nadwichnieniu kręgów lepiej jest bezkrwawo doprowadzić zwichnięte kręgi do stanu prawidłowego, czy też za pomocą operacyi, zależy od każdego poszczególnego przypadku. W każdym razie lepiej jest przedsięwziąć operacyę i wykonać stosowny rękoczyn pod kierunkiem wzroku, niż na ślepo, kiedy nie wiemy, co wyciągamy.

Co się tyczy przecięcia opony twardej, to lepiej jest jej nie przecinać, jeżeli nie zachodzi tego konieczna potrzeba. W największej liczbie przypadków na przecięciu opony nic nie zyskamy, a narażamy chorego na zakażenie, które w takich razach o wiele prędzej wystąpić może. W przypadkach, w których przecinamy oponę twardą, zdaniem niektórych, nałożyć następnie trzeba szew i to ścisły. Nie zawsze jednak szew taki jest wskazany; w przypadkach, w których operujemy nie natychmiast po wypadku, lecz dopiero po kilku dniach, zwykle występuje obrzęk rdzenia, a wtedy przez szew wywołać można niepożądany ucisk na rdzeń.

(Streścił mówca).

Krzyński przypomina, że przed 4 laty, mówiąc o laminektomii, wypowiedział zdanie, że w przypadkach ciężkich uszkodzeń należy jaknajwcześniej operować; dalej zapytuje, czy w danym przypadku nie wyczuwano palcem zwichniętego kręgu. Kto wie, czy wynik zabiegu nie byłby pomyślniejszy, gdyby udało się zdłutować występ zwichniętego kręgu.

Sławiński oświadcza, że wskazania, o których mówi Kryński, nie cieszą się ogólnem uznaniem, i właśnie przypadek, o którym mowa, mógłby odstręczyć od operowania, ponieważ usunięte kręgi nie dałyby się utrzymać

w prawidłowem ustawieniu, a usunięcie występu nie zawsze usunie skutki urazu, jak tego zresztą przypadek Krauzego dowodzi.

Borzymowski zrobił około 10 laminektomii, i na podstawie doświadczenia osobistego twierdzi, że do operacyi wczesnych jest nieco zrażony, albowiem, o ile nie zawsze bywa rzeczą trudną usunięcie występów, odłamów i t. d., o tyle czynność uszkodzonego rdzenia nie zawsze powraca. B. radzi z operacyą nie spieszyć się, czekać, aż wylewy krwawe w rdzeniu ulegną wessaniu. W ciężkich przypadkach operacyę uważa za bezcelową, a wyniki jej są daleko gorsze, niż w przypadkach nieurazowych.

Ciechomski przypomina, że przedstawiał rentgenogram i okaz części szyjowej kręgosłupa chorego, u którego za życia stwierdzono wszystkie objawy zwichnięcia; nastawienie udało się dość łatwo, ale gdy chory ten zmarł po upływie kilku tygodni, oględziny pośmiertne wykazały ponadto zmiażdżenie trzonu 5 i 6 kręgów szyjowych.

Wogóle rzadkie są czyste zwichnięcia bez uszkodzeń trzonu kręgów, zwłaszcza w części lędźwiowej. Co się tyczy postępowania w tych przypadkach, C. w zupełności podziela zapatrywanie Kryńskiego, dodaje, że trzeba jednak ustalić granice, poza któremi czynna pomoc chirurga nie ma racyi bytu. Tak np. w przypadkach zwichnięcia ze znacznem załamaniem osi kanału kręgowego następuje najczęściej zmiażdżenie rdzenia, i te przypadki zaliczyć należy do ciężkich, nie nadających się do zabiegu. Miarę takich przypadków stanowić mogą poniekąd występujące już wkrótce po urazie ciężkie zaburzenia odżywcze. O ile te ostatnie nie zjawiają się, rokowania nie trzeba uważać za beznadziejne. C. przypomina swój przypadek, w którym chory ze złamaniem kręgu i objawami porażenia leżał 9 miesięcy, a jednak zaburzenia odżywcze nie wystąpiły i chory został wyleczony. Na te pierwsze objawy należy zwrócić główną uwagę, gdy chodzi o rozstrzygnięcie sprawy operowania.

Stankiewicz Wł. przytacza opis przypadku urazu kręgosłupa, gdzie wskutek przerwania więzadeł, łączących krąg szczytowy z zębem kręgu obrotowego, nastąpiły zgniecenia rdzenia przez ząb kręgu obrotowego z zejściem śmiertelnem.

4. *Jankowski* przedstawia chorego po rozległem wycięciu narządów okolicy przedniej szyi oraz odnośny okaz anatomiczny.

Choremu temu, liczącemu obecnie lat 49, usunął J. w listopadzie r. 1908 całkowicie krtań według metody Glucka z powodu raka. Przez z górą 14 miesięcy po operacyi pacyent czuł się dobrze; był w stanie ciężko pracować jako podmajstrzy mularski. Mówił zupełnie zrozumiale głosem gardłowym. W początku lutego r. b. przybył ponownie do szpitala ś-go Ducha w stanie znacznego wyniszczenia, z objawami utrudnionego połykania i bólami. Okolica kikuta tchawicy, zapuszczonego w skórę wcięcia mostka, zajęta była przez guz twardy, nieruchomy; skóra całej prawie okolicy przedniej szyi zrośnięta z guzem, a na niej po obu stronach dwa rozległe owrzodzenia nowotworowe, na linii zaś pośrodkowej tuż ponad wpustem tchawicy—przetoka, wysłana masami nowotworowemi, prowadząca do światła gardzieli; tchawica oblepiona przez guz.

10. II. 1910 w uśpieniu chloroformowem J. usunął cały guz wraz z narządami przezeń zajętymi: skórą prawie całej powierzchni przedniej szyi, tarczycą, oprócz części cieśni gardziela oraz częścią górną przełyku na przestrzeni 3 ctm; część górną kikuta tchawicy, oblepioną przez guz, usunął z nim razem, oprócz tego po wycięciu guza usunął duży pęk zwyrodniałych gruczołów chłonnych ze śródpiersia tylnego. Wszył tchawicę w brzeg dolny rany; śluzówkę jamy ustnej zaszył dokładnie od strony rany; kikut przełyku umocował w kącie dolnym lewym; śródpiersie tylne oraz jamę rany wyłożył szczelnie gazą jodoformową i białą; wreszcie rozległą ranę skórną zmniejszył, o ile się dało, za pomocą szwów sytuacyjnych. Już dnia następnego po operacyi chory chodził, przebieg gojenia bezgorączkowy. Muślin z rany J. usunął, jak zwykle postępuje po wycięciu krtani, dnia szóstego po operacyi, poczem zmieniał je codziennie. W drugim tygodniu po operacyi chory miał parę napadów drgawek, które jednak przeszły samoistnie. W kilkanaście dni po operacyi J. w znieczuleniu miejscowem usunął pęk powiększonych gruczołów chłonnych na szyi na stronie lewej.

Gojenie trwało 7 tygodni; zagojenie doszczętne bez przeszczepienia skóry — J. stosował 8% maść amidoazotoluolową. Chory po wypisaniu ze szpitala powrócił do pracy. Obecnie — 4-ty miesiąc po operacyi — czuje się zupełnie dobrze.

(Streścił mówca).

Kryński jest zdania, że wśród chirurgów do dziś dnia panuje nieuzasadniona obawa przed wznową guzów złośliwych, które właściwie niczem nie różnią się od samego nowotworu pierwotnego — i przytacza przypadek Delbeta, który otrzymał wyleczenie doszczętne po 5 operacyach z powodu wznowy raka. Wogóle należy częściej i śmielej stosować zabiegi operacyjne w tych razach, o ile niema wyraźnych przeciwwskazań ze strony stanu ogólnego.

Leśniowski zapytuje, jaki był charakter drgawek u chorego, i czy wykonano mikroskopowe badanie wyciętego gruczołu tarczowego. Zachodzi bowiem podejrzenie, że wraz z gruczołem tym usunięto i gruczoły przytarczycowe; jeżeli tak jest istotnie, należało karmić chorego wyciągiem z tych gruczołów.

Jankowski odpowiada, że całokształtu drgawek dokładnie określić nie może, bo widział je krótko. Istniał zamiar podawania choremu wyciągu z gruczołów przytarczycowych, ale później zaniechano go, ponieważ napady drgawek nie powtórzyły się. Badanie mikroskopowe tarczycy nie wykazało obecności wyż wzmiankowanych gruczołów.

5. *Fryszman* omówił nową metodę pomocniczą w rozpoznawaniu chorób nerkowych — t. zw. pielografię.

Metoda ta wprowadzona została przez Albarrana i Erzbischofa i wyniki jej przedstawione były w roku ubiegłym na zebraniu francuskich urologów.

Polega ona na tem, że przy pomocy wprowadzonego do miedniczki nerkowej cewnika moczowodowego wstrzykujemy 7% rozczyn kollargolu

w ilości takiej, jaka zmieścić się może w miedniczce. Oznaką wypełnienia miedniczki jest uczucie bólu, jakiego doznaje chory w okolicy nerki.

Z chwilą, gdy miedniczka wypełniona została kollargolem, poddajemy odpowiednią nerkę działaniu promieni Roentgena. Przez cały czas prześwietlania należy podtrzymywać wstrzykniętą ilość kollargolu przez dalsze wstrzykiwanie tegoż.

Posługując się tą metodą, otrzymujemy odbitkę miedniczki nerkowej i moczowodu, co nam daje możność sądzenia o formie miedniczki, jej stosunku do moczowodu, położeniu nerki, względnie stosunku tej ostatniej do innych narządów. Fryszman i Judt mieli możność zastosowania omawianej metody w przypadku guza jamy brzusznej, który przez formę swą i położenie mógł być uważany za nerkę ruchomą. Przypadek ten dotyczył trzydziestokilkoletniego chorego, u którego ponad pępkiem wyczuwał się guz wielkości pięści, guz o powierzchni gładkiej, ruchomy, kształtem przypominający nerkę.

Na zasadzie otrzymanego zdjęcia rentgenograficznego udało się określić stosunek miedniczki nerkowej do guza i tym sposobem wyłączyć w danym wypadku nerkę.

Niemniej doniosłe od powyższej metody znaczenie ma kombinacya radiografii z cewnikowaniem moczowodów za pomocą cewnika, do którego wprowadzono uprzednio drut ołowiany lub stalowy.

Metodę taką Fryszman i Judt zastosowali w 2-ch przypadkach z dobrym wynikiem. Daje ona możność określenia przebiegu moczowodu, jak również stosunku przewodnika metalowego do cieni, uważanych za kamienie moczowodowe.

(Streścili mówcy).

6. *Oderfeld* podaje nowy przypadek wpochwienia jelit, operowany przezeń przed dwoma tygodniami

Przypadek ten, zdaniem O., rzuca pewne światło na ciemną zazwyczaj etyologię wgłobień. Dotyczył on 12 letniej wynędzniałej dziewczynki z Pińska, która przybyła do szpitala w 15 dniu choroby. Mianowicicie, przed 15 dniami nagle dostała gwałtownych bólów w brzuchu, bóle trwały nie więcej nad parę godzin, ustępując uczuciu stałego tępego bólu, którego doznaje i do chwili operacyi; od czasu do czasu jednak, 2—3 razy na dobę, bóle wzmagają się na chwilę, przyczem podczas takiego wzmożenia bólu raz jeden stwierdzono wyraźne „stawianie" się kiszki. Wymiotów nie było ani razu, stolce płynne z lekką domieszką krwi. Łaknienie bardzo upośledzone, tętno 120 drobne, ciepłota prawidłowa. Brzuch miękki, nie bolesny. Nad pępkiem w linii środkowej wyczuć można guz podłużny, sprężysty, niebolesny, ruchomy bardzo we wszystkich kierunkach; chwilami pozornie znika, lecz niebawem można go znów wyczuć.

Ojciec chorej opowiada, że przed 5 laty przechodziła jakoby podobną chorobę, od tej pory czuła się zupełnie zdrową. Rozpoznano wgłobienie okrężniczookrężnicze poprzeczne (invaginatio colo — colica transversa). Po otwarciu jamy brzusznej w smudze, wprowadzono do jamy rękę w celu wydobycia guza na zewnątrz, lecz ku wielkiemu zdumieniu, na razie guza

nie można było odszukać; znaleziono go dopiero w prawym dole biodrowym i wydobyto z łatwością na zewnątrz. Stwierdzić można było, co następuje: miano do czynienia z wpochwieniem dolnego odcinka jelita krętego w kątnicę, a ta ostatnia wpochwiona w okrężnicę wstępującą. Z szyi wpochwienia wygląda twór, podobny do górnego końca wyrostka robaczkowego.

Odpochwienie wykonano za pomocą lekkiego wytłaczania, jak łożysko z macicy, poczem jednak cała kątnica i część okrężnicy wstępującej przedstawiają się w postaci dość twardego guza, tak iż zdawać by się mogło, że wewnątrz kiszki znajduje się guz w postaci polipa, lecz po paru minutach twardość ta, zależna od obrzęku, znika, i ściany przedstawiają prawidłowe napięcie i zabarwienie. Oglądając jelito, stwierdzić można, że wyrostek robaczkowy, długości 12 ctm, zygzakowato przyrośnięty jest do dolnej ściany kątnicy i wolnym pozostał tylko sam koniuszek wyrostka. Przyrost ten wywołał to zjawisko, że cała kątnica była jakby pofałdowana, na podobieństwo rolety fałdowanej. Nie ulega wątpliwości, że choroba z przed 5 laty, o której ojciec chorej wspominał, była — zapaleniem wyrostka robaczkowego i jako następstwo tego zapalenia pozostał ów przyrost jego do ściany jelita. Operacyę zakończono w ten sposób, że, po wyosobnieniu wyrostka, usunięto go w typowy sposób, i ranę brzuszną całkowicie zaszyto. Wyrostek przedstawia zmiany, cechujące przewlekłe zapalenie.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Po 12 dniach chora opuściła szpital.

W przypadku powyższym należy zwrócić uwagę na dwie okoliczności, które, zdaniem O., mogłyby być czynnikiem, usposabiającym do powstania wpochwienia: 1) Wskutek przebytego zapalenia wyrostka robaczkowego i przyrośnięcia tego ostatniego do kiszki ślepej w ten sposób, iż ślepy worek tego jelita został jakby pofałdowanym, co stanowi bezwątpienia nizki stopień wpochwienia, a tem samem pod względem ruchu robaczkowego bezwarunkowo upośledzony. Przy bardziej żywych ruchach robaczkowych jelita biodrowego, wytworzenie się wpochwienia łatwem już stać się mogło. 2) Niezwykła ruchomość całej kątnicy, do tego stopnia, że przesuwała się ona do linii środkowej nad pępkiem; miano do czynienia z typową postacią „coeci mobilis“ wskutek zbyt długiej krezki, co niewątpliwie również było momentem usposabiającym do powstania wpochwienia. Obie wzmiankowane nieprawidłowości, istniejąc jednocześnie, wytworzyły stosunki bardzo sprzyjające do powstania wpochwienia, co też i niebawem nastąpiło.

(Streścił mówca).

Kryński, przypominając, że nieodzownym warunkiem wgłobienia jest wzmożenie ruchów robaczkowych invaginati, i osłabienie ich w invaginans, uważa, że w danym przypadku należało dodatkowo wykonać przyszycie okrężnicy, celem zabezpieczenia chorej od możliwości wznowy.

Leśniowski. W przypadkach ostrych tłomaczenie ogólnie przyjęte wystarcza dla objaśnienia wgłobienia. Inaczej rzecz się ma w przypadkach przewlekłych, gdzie wgłobienie zmniejsza się i powiększa peryodycznie; tutaj mechanizm, o którym mówił Kryński, nie tłomaczy nam tych zjawisk.

Borzymowski tłomaczenie Oderfelda uważa za dowolne i twierdzi, że sfałdowania kątnicy wskutek zapalenia wyrostka nie spostrzegano. Przyrost zaś wyrostka do kiszki ślepej mógł nastąpić po wgłobieniu.

Gabszewicz sądzi, że właśnie w przypadku kolegi Oderfelda, w którym były zmiany w wyrostku robaczkowym, warunki tak się układały, że mogły usposabiać do powstania wpochwienia, wobec pewnego stopnia unieruchomienia jelita ślepego z jednej strony, z drugiej zaś wobec wzmożonych skurczów mięśni jelita cienkiego biodrowego. G. zwraca uwagę na pracę Proppinga z oddziału Rehna w Frankfurcie, pomieszczoną w 3-im zeszycie 23-go tomu Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.

Autor starał się na drodze doświadczalnej wywoływać wpochwienie, opierając się na poprzednich próbach, dokonywanych na królikach przez Nothnagela i Hallera: pierwszy poddawał jelita działaniu prądu, drugi wystawiał jelita na działanie powietrza; obaj otrzymywali małe wpochwienia. Propping zaś wstrzykiwał do światła jelita u królików 1 do 2 cent. roztworu 1‰ salicylanu fizostigminy, i otrzymywał wpochwienie, dochodzące nawet do 6 cent. długości.

Wpochwienia jednak jelita biodrowego do jelita ślepego nie udało mu się na tej drodze wywołać.

Oderfeld, nie upierając się przy bezwzględnej pewności swego tłomaczenia, uważa czynniki, o których wspominał, jedynie za sprzyjające. Przyrost wyrostka do kątnicy wskutek zapalenia mógł istotnie sprzyjać pofałdowaniu jej i ograniczeniu ruchów robaczkowych, a długa krezka krętnicy — wgłobieniu jej w mniej ruchomą kątnicę. Kryńskiemu odpowiada, że istotnie należało zrobić kolopeksyę, o czem się na razie nie pomyślało.

A. WERTHEIM.

Posiedzenie dnia 10 czerwca 1910 r.

1. *Stankiewicz Wł.*: a) pokaz okazu przełyku i żołądka ze zwężeniem wpustu i odźwiernika z powodu oparzenia ługiem.

b) pokaz okazu jądra z przyjądrzem i powrózkiem nasiennym, usuniętego z powodu zmian gruźliczych.

2. *Jakimiak.* Pokaz okazu torbieli jajnika.

3. *Kryński.* Mucocele ethmoidalis.

1. *W. Stankiewicz*: a) przedstawiając okaz żołądka ze znaczną częścią przełyku i kawałkiem dwunastnicy, przytacza odnośne spostrzeżenie. Chora B. E., lat 20, wstąpiła do oddziału wewnętrznego Szpitala Ewangielickiego d. 13 maja r. b., z powodu postępującej trudności przełykania pokarmów, powstałej w następstwie wypicia dużej ilości ługu gryzącego przed 3 miesiącami. Chora bardzo wychudzona i wycieńczona, zaledwie z wielką trudnością i to nadzwyczaj powoli może przełykać kroplami niemal wodę lub mleko; najcieńsze zgłębniki nie przechodzą do żołądka, lecz zatrzymują się niedaleko wpustu. Wobec tak daleko posuniętego zwężenia przełyku i wycieńczenia chorej, jedynie operacya utworzenia przetoki żołądkowej mogła uratować życie chorej, która wraz z rodziną zgodziła się na nią.

Operacya 31 maja. Po zachloroformowaniu chorej, S. przeciął podłużnie m. prosty brzucha lewy, otworzył otrzewną i znalazł żołądek mocno wypełniony płynem i przylegający do ściany brzucha. W tych warunkach uchwycenie w kształcie fałdy żołądka i wydobycie go na zewnątrz rany skórnej przedstawiło niezwykłe trudności, wreszcie udało się żołądek uchwycić i utrzymać za pomocą tępych kleszczy i wykonać obszycie sączka, a następnie przez otwór wprowadzić go do żołądka. Wtedy dopiero przez sączek opróżnić się dał żołądek z zawartości rzadkiej, ciemnej, złożonej z masy drobnych czarnych kawałków, raczej do prochów podobnych. Po przyszyciu żołądka do brzegów otrzewnej i zamknięciu rany skórnej, wlano do żołądka trochę mleka, gdyż większa ilość zaraz wracała do lejka. Zalecono systematyczne wlewanie pokarmów płynnych oraz wstrzykiwanie podskórne środków pobudzających. Chora zmarła po 36 godzinach w objawach zapaści.

Oględziny zwłok. Po otworzeniu jamy brzusznej nie znaleziono ani płynu wolnego, ani objawów zapalnych otrzewnej, oswobodzono żołądek od szwów do otrzewnej, przecięto przeponę, oddzielono przełyk aż do tchawicy i tu go przecięto — następnie przecięto więzadło ze śledzioną, sieć mniejszą, aby wydobyć cały żołądek z dwunastnicą, ale tu właśnie doznano wielkiej trudności skutkiem zrostów zapalnych i nacieczeń w okolicy odźwiernika. Wreszcie wydobyto żołądek z częścią zmienioną dwunastnicy. Po szerokiem przecięciu żołądka, znaleziono go wypełnionym taką samą zawartością, jak w czasie operacyi, błona śluzowa na całej przestrzeni ścieńczona, w wielu miejscach ogołocona z nabłonka, liczne pasma bliznowate powierzchowne oraz wszędzie ciemne zabarwienia po wynaczynieniach. Wpust bardzo zwężony, nie przepuszcza zgłębnika grubszego ponad 5 mm., otwór cały przekrwiony, pozbawiony nabłonka, a cała grubość ścian mocno nacieczona. Na błonie śluzowej żołądka, tuż poniżej wpustu, dwa głębokie owrzodzenia podługowate. Otwór odźwiernika tak samo zwężony, przekrwiony i błona śluzowa pozbawiona nabłonka; w blizkości również owrzodzenia, ale tak samo tylko przy samym wpuście, co dowodzi, iż w tych miejscach płyn gryzący najdłużej zatrzymywał się i najsilniej uszkodził błonę śluzową.

Cała ściana wpustu wraz z przylegającą częścią dwunastnicy mocno nacieczone, i nacieczenie rozciąga się na tkankę łącznotłuszczową otaczającą.

Wyniki, otrzymane przez te oględziny, wyjaśniają nam: 1) wypełnienie żołądka zawartością płynną, która skutkiem zwężenia ujścia nie mogła spłynąć do jelit, 2) trudność wyciągnięcia żołądka z jamy brzusznej, spowodowaną przez zrosty i nacieczenia zapalne naokoło odźwiernika i dwunastnicy i 3) szybki zgon chorej po bezkrwawej prawie operacyi wskutek zapaści i wycieńczenia po tak ciężkich owrzodzeniach i zniszczeniu prawie całej śluzówki żołądka.

b) Okaz przyjądrza z jądrem i powrózkiem nasiennym mężczyzny lat 27, który w roku zeszłym, we wrześniu, miał odjęte jądro lewe wskutek zapalenia gruźliczego.

Chory ten, wyglądu zupełnie zdrowego, budowy dobrej, nigdy na płuca, ani na żadną inną chorobę nie cierpiał. O obciążeniu dziedzicznem tru-

dno się odeń coś dowiedzieć. Wstąpił do Szpitala Ewangielickiego 3 kwietnia z powodu obrzmienia jądra prawego i bólów w jądrze, oraz w pachwinie. Badanie wykazuje: w mosznie guz podługowaty, owalny, wielkości pięści; w części przedniej wyczuwa się płyn, w głębi zaś znaczne zgrubienia guzowate. Skóra ruchoma, niezmieniona. Powrózek nasienny zgrubiały, nasieniowód twardy, zgrubiały znacznie. W sterczu nie wyczuwa się wyraźnych, twardych guzików, ale cały zraz lewy większy od prawego i jakby nacieczony. Nerki i pęcherz moczowy zdrowe, mocz prawidłowy. Płuca i serce zdrowe, gorączki niema. Z powodu bólów, od pewnego czasu dokuczających choremu, żąda on operacyi.

Operacya 7 czerwca. Po przecięciu moszny i osłony pochwowej (tunica vaginalis) wylał się płyn przezroczysty, jak zwykle w wodniaku osłony pochwowej; znaleziono jądro powiększone w dwójnasób, objęte masą grubą nacieczonych tkanek przyjądrza. Badając wyżej powrózek nasienny, znaleziono żyły rozszerzone do grubości palca, a nasieniowód twardy i bardzo zgrubiały. Z tego powodu przedłużono cięcie na brzuchu, otworzono kanał pachwinowy i posuwano się w głąb miednicy w celu wyłuszczenia zmienionego nasieniowodu. W tej głębi nasieniowód przedstawił się w kształcie zgrubienia, wielkości małego orzecha, po za tem zaś zgrubieniem wyglądał prawidłowo. Udało się go podwiązać i odciąć po za zgrubieniem, a następnie podwiązano cały powrózek nasienny i jądro wraz z przyjądrzem wyłuszczono.

Badanie okazu wykazuje: przyjądrze mocno nacieczone, a w niem kilka ognisk gruźliczych w stanie rozpadu serowatego i ropnego. Mniejsza część jądra zupełnie zmieniona, przedstawia nacieczenie zapalne, w pozostałej ranie miąższu liczne gruzełki różnej wielkości, w części serowato zwyrodnione. Nasieniowód bardzo zmieniony; wydobyty ów guzik z miednicy okazał się ogniskiem serowatoropnem w ścianach tegoż przewodu.

Wobec takich zmian tylko doszczętne usunięcie pozostałego jedynego jądra okazało się koniecznem.

(Streścił mówca).

Rozprawy odnośnie okazu żołądka. Sławińskiemu przypadek Stankiewicza nasuwa pytanie, jaki plan operowania należy przyjąć w przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego po oparzeniu ługiem. W takich razach wykonywa się zazwyczaj przetokę żołądkową, tymczasem doświadczenie wskazuje, że często mamy tu do czynienia ze zwężeniem nietylko przełyku, ale i odźwiernika. To też słuszniej byłoby w podobnych przypadkach uważać za prawidło wykonywanie przetoki jelita czczego.

S. przy sposobności przypomina przypadek, o którym już raz mówił, jak należy być ostrożnym w postępowaniu z takimi pacyentami.

W rok po otruciu ługiem wznowiła się u chłopca niedrożność przełyku po połknięciu pestki czereśni. Pomimo usilnych prób nie udało się wprowadzenie najcieńszego nawet zgłębnika w uśpieniu chloroformowem. Następnej nocy chłopiec zmarł wśród objawów krwotoku wewnętrznego. Badanie pośmiertne wykryło dawne owrzodzenie dwunastnicy i przeżarcie tętnicy, z krwotokiem do kiszki.

Kryński podziela zdanie Sławińskiego i dodaje, że podczas wykonywania przetoki żołądkowej należy szerzej, niż zwykle, otworzyć żołądek i palcem zbadać stan odźwiernika. Gdyby St. mógł był wykonać to badanie, przetoka jelita czczego uratowałaby była może chorą. Rozszerzenie i przepełnienie żołądka mogło było naprowadzić na myśl sprawdzenia drożności odźwiernika.

Gabszewicz zaznacza, że w każdym przypadku należy zbadać cały żołądek, gdyż zwężenia żołądka w różnych miejscach, szczególniej w części odźwiernikowej, po wypiciu płynów żrących należą względnie do dość częstych zjawisk. Na dowód przytacza własne spostrzeżenie, dotyczące 21 letniej panny, która po wypiciu ługu w kwietniu 1909 roku pozostawała w oddziale wewnętrznym w szpitalu Ś-go Rocha; w dniu 13 sierpnia tegoż roku w stanie bardzo rozpaczliwym została przepisaną do oddziału chirurgicznego, wyrażając zgodę na operacyę, o której poprzednio słyszeć nie chciała. Tego samego dnia, nie badając chorej zgłębnikiem ze względu na jej stan bardzo ciężki, G. przystąpił do wytworzenia przetoki w żołądku. Po otwarciu jamy otrzewnej okazało się, że dno żołądka znajduje się wysoko, całe przykryte przez wątrobę, i prawie że nie daje się wyciągnąć na zewnątrz jamy brzusznej; bliższe badanie wykazało, że żołądek na linii, odpowiadającej kierunkowi smugi białej, jest zupełuie unieruchomiony, skurczony, i na przestrzeni kilku cnt. bliżej części odźwiernikowej ma spoistość nadzwyczaj twardą; na prawo od tego stwardnienia w kierunku do dwunastnicy żołądek przedstawia się prawidłowo. Wobec powyższych zmian G. wytworzył przetokę w części żołądka pomiędzy dwunastnicą a wzmiankowanem przewężeniem; badanie światła żołądka wykazało, że gruby zgłębnik swobodnie przechodzi do dwunastnicy, a zupełnie nie przedostaje się przez bliznowate stwardnienie do lewej części żołądka.

Chora poprawia się względnie szybko; miewa co parę dni stolce. Stan bezgorączkowy; 10 dnia zaczęła wyciągać sączek, powtarzając to codziennie, przez co karmienie przez przetokę żołądka było bardzo utrudnione. Zwolna zaczęła słabnąć; zmarła 31 sierpnia, t. j. 18 dnia po operacyi. Na sekcyi, w tkance bliznowej, wywołującej podział żołądka na 2 nierówne części, i nadającej mu postać klepsydrową, nie podobna wyszukać kanału drożnego pomiędzy prawą i lewą połową żołądka; na błonie śluzowej w lewej części żołądka widoczne są mniejsze, lub większe oddzielne blizny; w prawej zaś po za zaciśnięciem bliznowatem światła żołądka, błona śluzowa przedstawia się prawidłowo.

Badając przełyk, G. ku wielkiemu zdziwieniu nie znalazł na błonie śluzowej żadnych widocznych zmian mikroskopowych, ani też zwężenia na całej długości przełyku. W danym więc przypadku przełknięty środek żrący głównie podziałał na błonę śluzową żołądka, nie dochodząc jeszcze do części odźwiernikowej. G. dodaje, że gdyby był wiedział o tej ewentualności, dokonałby zespolenia jelita z żołądkiem przed miejscem zwężenia na przedniej jego ścianie; o tylnem zespoleniu nie możnaby było myśleć z racyi unieruchomienia żołądka.

Ciechomski zwraca uwagę na to, że oparzenie przełyku i oparzenie żołądka nie zawsze idą w parze. Przed kilkoma laty ukazała się w piśmien-

nictwie francuskiem praca, traktująca o tego rodzaju zwężeniach przewodu pokarmowego. Okazuje się, że gdy u nas przeważają przypadki zwężenia przełyku i żołądka, francuscy autorowie częściej spostrzegali zwężenie żołądka bez zmian w przełyku, co zależy od tego, że u nas trują się częściej ługiem, we Francyi — kwasem siarczanym lub karbolem. Te ostatnie środki nie wywołują tak mocnych skurczów przełyku, jak ług, łatwiej więc przedostają się do żołądka i tutaj głównie wywołują zniszczenie. Zdaniem C., Stankiewicz powinien był zwrócić uwagę na to, że przepełnienie żołądka przemawia na korzyść zwężenia odźwiernika. Przy samem tylko zwężeniu przełyku żołądek byłby mały, pusty.

Zdaniem Kryńskiego, im bardziej stężony jest płyn żrący, tem mniejsze widzimy zniszczenie w żołądku. Wobec słabego stężenia płyn łatwiej dochodzi do żołądka wobec braku mocnych skurczów przełyku. W przypadku Gabszewicza mamy do czynienia z żołądkiem klepsydrowym. Trudno zrozumieć, dlaczego płyn żrący nie pozostawił śladów w przełyku. Właściwy w takich razach zabieg — zespolenie obu części żołądka, lub żołądka z jelitem czczem.

Sławiński na potrzebę otwierania żołądka w celu rozpoznawczym zapatruje się sceptycznie. Jeżeli chodzi o przypadek ostry, to świeże zmiany w ścianie żołądka uwydatniają się już zzewnątrz i one to właśnie powinny powstrzymać od wszelkiego zabiegu na żołądku. W przypadkach przewlekłych do rozpoznania zwężenia odźwiernika wystarczy częstokroć dokładne obmacanie żołądka. Rozleglejszego nacinania ściany żołądka wogóle unikamy.

Stankiewicz W. dodaje, że przypadek jego był ciężki, wyniszczenie chorej duże, robiono operacyę w pośpiechu, co wpłynęło niekorzystnie na wynik operacyi. Gdyby w przyszłości operował podobny przypadek, wykonałby odrazu przetokę jelita czczego, w danym jednak przypadku i to nie uratowałoby chorej wobec braku trawienia żołądkowego i ogólnego wyniszczenia.

Ciechomski sądzi, że choć badanie przez ścianę żołądka może dać niekiedy pojęcie o drożności odźwiernika, w wyjątkowych razach jednak konieczne jest uciec się do badania palcem przez otwór w ścianie. Niekiedy pokarmy, wprowadzone do żołądka przez otwór po wykonanej przetoce żołądkowej, wylewają się z żołądka, a zdarza się to częściej po oparzeniach, niż przy nowotworach np. wpustu. Zjawisko to tłómaczyć należy istniejącem zwężeniem odźwiernika.

Rozprawy odnośnie pokazu b). Kryński. Od czasu zwrócenia uwagi na wydzielanie wewnętrzne gruczołów, zaczęto więcej szczędzić jądra i operować mniej doszczętnie. Gruźlica wszak nie wymaga tak doszczętnego operowania, jak nowotwór, a traktowanie gruźlicy stawów lub otrzewnej dowodzi słuszności takiego postępowania w pewnych razach. Niekiedy sprawa umiejscawia się tylko w przyjądrzu, wtedy poprzestać można na usunięciu tego ostatniego, pozostawiając jądro nietknięte. Wycinanie jądra wraz z przyjądrzem obok rozległego usuwania powrózka nasiennego i pęcherzyków nasiennych przynosi niekiedy więcej szkody choremu, niż ko-

rzyści, a doszczętne usunięcie wszystkich ognisk gruźliczych bywa częstokroć bardzo problematyczne.

Leśniowski. O wyborze postępowania w gruźlicy narządów płciowych mężczyzny rozstrzyga stan pęcherza i cewki. Gdy w tych ostatnich znajdujemy zmiany gruźlicze, usuwanie jądra, przyjądrza, powrózka i pęcherzyków nasiennych staje się bezcelowem. W przeciwnym razie doszczętność jest usprawiedliwiona, a trudność techniczna nie może przecie być przeciwwskazaniem.

Sławiński. Usuwanie pęcherzyków nasiennych w gruźlicy jądra, przyjądrza i powrózka, jak się okazuje z prac autorów niemieckich, zostało zupełnie zarzucone, gdyż dawało wyniki niezadowalające.

Ciechomski sądzi, że postępowanie doszczętne w takich razach naraża pacyenta na bardzo ciężki uraz, co nie zawsze opłaca się wobec tego, że pozostałe po operacyi części przyrządu płciowego mogą jeszcze zawierać ogniska gruźlicze i często zachodzi obawa utworzenia się przetoki. Czasami i zachowawcze leczenie daje niezłe wyniki.

2. ***Jakimiak*** pokazuje torbiel skórzastą, wyjętą z brzucha trzydziestoletniej chorej, która przybyła do szpitala z C. 38,2^{0}. Po 5 dniach cięcie brzucha. Po przecięciu torbieli, oprócz niewielkiej ilości cienkich włosów, znaleziono tysiące białoszarawych kulek wielkości orzecha laskowego. W niektórych z tych kulek były pojedyncze zagłębienia, w których siedziały włosy, jak ogonek w wiśni. Kulki na przekroju składały się jak gdyby z jądra i otoczki, co szczególniej dobrze widać na tych kulkach, które popękały. Kulki w wodzie toną, w 5% formalnie pływają. Wykryto w nich około 60% wody, 7% tłuszczów, reszta — rozpad białkowy; cholestearyny nie znaleziono. Kulki pływały w zielonkawo-żółtym płynie.

(Streścił mówca).

Sławiński. Istnieje w piśmiennictwie pogląd, że podobne twory kuliste, złożone z tłuszczu, z rozpadu komórkowego oraz włosów, stanowić mogą wydzielinę ściany torbieli. W miarę gromadzenia się wydzieliny, ściana takiego kaszaka cieńczeje stopniowo, wreszcie pęka, uwalniając ów twór kulisty.

3. ***Kryński*** przedstawił przypadek śluzowiaka kości sitowej (mucocele ethmoidalis) u chłopca 15 letniego w postaci guzowatego wypuklenia ściany wewnętrznej lewego oczodołu i podstawy nosa. Guz ten rozpoznawano, jako nowotwór złośliwy podstawy czaszki: wypuklał się on do jamy lewego oczodołu, odsuwając znacznie gałkę oczną ku zewnątrz, i powodując mocny zez rozbieżny; oprócz tego od góry zamykał zupełnie światło lewego przewodu nosowego. Na ucisk niebolesny, dość twardy, sprężysty, uginający się pod palcami. Leczenie polegało na otwarciu guza od strony oczodołu, wypuszczeniu z wnętrza dużej ilości gęstego śluzu i przesączkowaniu jego jamy ku dołowi do przewodu nosowego. Po 2-ch tygodniach po zagojeniu rany skórnej sączek wyjęto i obecnie stan pacyenta jest zupełnie dobry: ściana oczodołu przedstawia się prawie prawidłowo, gałka oczna przesunęła się ku wewnątrz, dając wynik kosmetyczny bardzo zadowalający. Cierpienie to należy do rzadszych. W piśmiennictwie naszem jest tylko praca Baurowicza, drukowana w roku zeszłym w Przeglądzie Lekarskim, w której ze-

stawiono dane z piśmiennictwa. Etyologii śluzowiaka kości sitowej szukać należy w sprawach zapalnych małżowin kości sitowej, której błona śluzowa, rozrastając się i pęczniejąc, powoduje nagromadzenie wielkich ilości śluzu, rozsadzającego ściany tej kości ku jamie oczodołu i przewodu nosowego.

B. SZERSZYŃSKI.

Posiedzenie dnia 9 września 1910 r

1. *Oderfeld H.* Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego.
2. *Leśniowski An.* Przypadek rany mięśnia sercowego.
3. *Sawicki Br.* Przedstawienie 2 przypadków naczyniaków.
4. *Sawicki Br.* Pokaz narzędzi i przetworów farmaceutycznych.

1. *Oderfeld* podaje historyę choroby przypadku, do którego wezwano go na szósty dzień po ostrym napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego. Wykonano cięcie brzucha i opróżniono duży ropień, w jamie Douglasa położony. Z lewej strony zrobiono przeciwotwór. Po upływie 7 tygodni operacya a froid. W zwykłem miejscu wyrostka nie znaleziono, natomiast stwierdzono obecność jego w sieci. Oba końce wyrostka zarośnięte. Na kątnicy niema śladu otworu. Przyczynę takich stosunków upatruje O. w zgorzeli wyrostka robaczkowego u podstawy.

Kryński miał przypadek analogiczny, w którym znalazł martwicę kątnicy u podstawy wyrostka, który uległ oddzieleniu się i sądzi, że tak samo wytłomaczyć można zmiany w przypadku O.

Oderfeld nie zgadza się z poglądem Kryńskiego. Gdyby sprawa pierwotna istotnie była umiejscowiona w kątnicy, zmiany na niej byłyby wyraźniejsze.

Gaszewicz przypomina przypadek swój, w którym również znaleziono w jamie brzusznej wolny wyrostek.

2. ***Leśniowski*** opowiada następujący spostrzegany przez się przypadek: D. 19. VI. 1910 r., w niedzielę około godziny 8-ej wieczorem został L. zawiadomiony przez lekarza dyżurującego, że do oddziału męzkiego pawilonu I-go szpitala Dz. Jezus przybył chory z raną brzucha, że jest w stanie ciężkim i wymaga natychmiastowej pomocy. Wobec pory świątecznej L. za pomocą telefonu mógł zawezwać do pomocy jedną tylko dr. Wejsberg-Biszofswerderową, i natychmiast udał się do szpitala. Tam zastał chorego A. S, lat 44, wyrobnika w stanie ciężkim. Dowiedział się od chorego, że po godz. 6-ej wieczorem został pchnięty w brzuch nożem za rogatką belwederską. Lekarz Pogotowia Ratunkowego opatrzył go i odwiózł do szpitala. W ciągu ubiegłych paru godzin parokrotnie zwymiotował, czuje się b. osłabionym. Badanie chorego stwierdziło wzrost duży, budowę prawidłową, odżywianie zadowalające. Chory — pijany, mocno pobudzony, rzuca się, wymachuje kończynami. Skóra i śluzówki bladosinawe, zupełnie zimne. Mięśnie i kości mocno rozwinięte. Ze strony organów oddechowych nie widać nic nieprawidłowego, oddech swobodny, przyspieszony. Tętno na tętnicach promieniowych nie wymacuje się. Nieco niżej prawego łuku żebrowego, pomiędzy łukiem i wyrostkiem mieczykowatym, lecz bliżej ku łukowi, widać w skórze ranę, o charakterze ciętej, długości 2 ctm., zdążającą

skośnie od góry ku dołowi, od strony lewej ku prawej. Z rany nie krwawi. Brzuch nie jest wzdęty, obmacywanie jego — umiarkowanie bolesne, szczególnie okolicy wątroby. Wobec powyższych danych, i wobec b. ciężkiego stanu ogólnego, który z jednej strony utrudniał znakomicie wszelkie badanie, z drugiej — jaknajbardziej naglił do dania choremu czynnej pomocy, rozpoznano — ranę drążącą brzucha, zranienie trzew — prawdopodobnie wątroby, i duży krwotok wewnętrzny. Wobec tego wybrano i wyjałowiono narzędzia, potrzebne do otwarcia jamy brzucha i do możliwego zabiegu na organach jamy otrzewnej. Wszystko to, wobec dnia świątecznego, mogło być uskutecznione b. powolnie, i wobec tego L. mógł przystąpić do operacyi dopiero około godziny 10-ej wiecz., czyli po upływie około 4 godzin od chwili zadania rany. Przy ranie pomagała Dr. Weisberg-Biszofswerderowa, chloroformował chorego kol. dyżurujący, lekarz-internista, przy narzędziach zaś była mało z tem obznajmiona praktykantka.

Cięcie w smudze ponad pępkiem, tuż poniżej wyrostka mieczykowatego. W górnej części rany było widać, że tu dochodzi kanał rany, zadanej choremu nożem nożowca. Palec, wprowadzony wgłąb tego kanału, wchodził poza mięśnie ściany brzucha, zdawało się, że do jamy otrzewnej. Po przecięciu otrzewnej przekonano się atoli niebawem, że organy tej okolicy brzucha — żołądek, wątroba i t. d. nie były uszkodzone, jama otrzewnej ani śladu krwi nie zawierała. Palec, wprowadzony do jamy otrzewnej w górnym kącie rany w ścianie brzucha pod przeponę, czuł, że palec, wprowadzony od góry wgłąb kanału rany, zadanej przez nożowca, jest odeń oddzielony właśnie przeponą, i kieruje się ku górze i na lewo. Było zatem oczywiste, że rana owa zdąża ponad przeponą do śródpiersia przedniego. Wobec tego otwór w otrzewnej zaszyto. Cięcie przedłużono ku górze, na mostek. Ponieważ kanał rany zagłębiał się poza wyrostek mieczykowaty, który tamował przedostawanie się palcem wgłąb, przeto, w braku narzędzi, do operacyi na kościach używanych, zwyczajnym nożem operacyjnym wyłuszczono wyrostek mieczykowaty. Lecz i wtedy posuwanie się wzdłuż kanału rany było utrudnione przez chrząstki żebrowe. Dla tego też dodano od podłużnego cięcia na mostku — cięcie poprzeczne na lewo, oddzielono szeroko mięśnie od żeber; operując z dużym pośpiechem, otworzono przytem na niedużej przestrzeni lewą opłucną, otwór natychmiast zatkano muślinem. Nożem operacyjnym wycięto kawałki chrząstek V, VI i VII lewostronnego żebra, a następnie za pomocą szczypców Luera, które tymczasem ugotowano, i noża — wycięto lewą połowę dolnego końca trzonu mostka. Po usunięciu wymienionych odcinków kostnych widać było nacieczoną obficie krwią, galaretowatą tkankę luźną śródpiersia przedniego. Z tkanki tej skądcić z głębi wypływała obfitym strumieniem zupełnie czarna krew. Odszukać, skąd mianowicie wypływa krew, nie było zadaniem łatwem. Po długotrwałych poszukiwaniach udało się odnaleźć otworek, którego brzegi ujęto kleszczykami Kochera. Z otworu b. obficie bezustannie wypływała czarna krew i odeszły w dużej ilości skrzepy. Po wypłynięciu sporej ilości krwi, tętno stało się wyraźnie większe, niż poprzednio. Otwór ten mieścił się w osierdziu, był prostolinijny, długości 1,5 ctm., biegł skośnie z góry na dół od strony prawej ku lewej. Po przez otwór ten, wobec ustawicznego obfitego

wypływania krwi, z dużą trudnością udało się spostrzedz w mięśniu sercowym ranę, z której wypływała również czarna krew. Kierunek tej rany ten sam, co i w osierdziu. Otwór w osierdziu, o ile warunki pozwalały, rozszerzono, brzegi otworu jaknajszerzej roztwarto, i korzystając z b. krótkiej chwili, kiedy po wybraniu krwi tamponem spostrzeżono ranę serca, szybko nałożono na mięsień sercowy, mniej więcej w pośrodku długości rany, szew ze struny jodowej. Wprowadzić palców do osierdzia i unieruchomić nimi serca gwoli łatwiejszego nałożenia szwów, wobec szczupłych rozmiarów dostępnego pola operacyjnego, było wprost niepodobna. Dla tego też nałożony szew zawiązano i mocno zań pociągając możliwie wydobyto zranioną część mięśnia sercowego nazewnątrz i zaczęto nakładać następne szwy. Nieobyta pomocnica podawała szwy niedołężnie, często — zgoła nieodpowiednie nici, dla tego też zaszywanie otworu w sercu szło b. opieszale. Ściana serca, przebita całkowicie, była tu b. cienka, krew płynęła z serca nazewnątrz b. obficie zupełnie czarna. Mięsień kołatał się b. energicznie, wyrywał się z taką siłą, że odrywał szwy wraz z tkanką mięśniową. Były chwile, kiedy zdawało się, że chory skutkiem olbrzymiej utraty krwi już żywota dokonał: oddech był zupełnie powierzchowny, skóra blada, chłodna. Udało się jednak nareszcie zamknąć otwór w sercu szeregiem szwów na przestrzeni około 3 ctm., krwawienie ustało zupełnie. A tymczasem wstrzykiwano choremu podskórnie roztwór NaCl, kamforę. Pod mięsień sercowy wprowadzono do osierdzia 2 paski muślinu. Otwór w opłucnej zamknięto, zszywając mm. międzyżebrowe. Ranę wypełniono muślinem częściowo zaszyto. Ogółem wprowadzono pod skórę około 2.000 ctm. sz. roztworu NaCl. Pod koniec operacyi chory zupełnie zimny, tętno niewyczuwalne.

W ciągu nocy otrzymał kilkakrotnie kamforę pod skórę.

Nazajutrz, 20. VI, C. r. 37.8. T—120, ledwo wyczuwalne. Stan ogólny ciężki. Oddechów 60 na minutę. Znać wycieńczenie wysokiego stopnia. Pije potrosze, wymiotów nie było, bólów nie ma. Skóra b. blada. Zalecono co 2 godziny 2 strzykawki kamfory pod skórę C. w. 37.5

Następnego dnia C. r. 36.4. T. ledwo wyczuwalne, nie daje się zliczyć. Oddechów 48 na minutę. Oddycha spokojniej, niż wczoraj. Na ogół stan b. ciężki. Skóra zupełnie blada, pokryta zimnym potem. Pije dość dużo, nie wymiotuje. Otrzymał podskórnie 600 c. s. NaCl, co 2 godziny kamforę. Zmarł o godz. 7½ wiecz., a zatem w 44½ godz. po operacyi.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z paru względów. Najpierw— zastanawia odległość otworu wejściowego rany na skórze od rany w mięśniu sercowym. Odległość ta, wobec tego, że chory był to duży, dobrze rozrośnięty mężczyzna, wynosiła 18 do 20 ctm.; oczywiście, rana była zadana nożem bardzo długim w kierunku z dołu ku górze od strony prawej ku lewej, wreszcie—od przodu ku tyłowi. Odległość ta z jednej strony, z drugiej— takie objawy, jak wymioty, pewna bolesność nadbrzusza, położenie otworu wejściowego rany i inne — sprawiły, że rozpoznanie zrobiono mylnie, co niewątpliwie odbiło się wybitnie na dalszych losach chorego. Przyczynił się do tego i nader ciężki stan chorego, który to stan, zmuszając do jaknajspieszniejszego przystąpienia do zabiegu, poniekąd przeszkodził do bardziej

drobiazgowego zbadania chorego. Tego rodzaju pomyłki rozpoznawcze, nawet wobec umiejscowienia otworu wejściowego na klatce piersiowej — były już popełniane, gdyż objawy — wymioty, bolesność nadbrzusza — nieraz dominują w obrazie klinicznym.

Co się tyczy pytania, jaka część serca była zraniona, to, sądząc z zupełnie czarnej barwy krwi, wypływającej z serca, oraz z b. nieznacznej grubości ściany zranionej, miano do czynienia z raną drążącą prawego przedsionka. Tego rodzaju rany zazwyczaj nie ulegają samoistnemu zatkaniu się przez skrzep wobec małej grubości ściany kanału rany, prowadzą rychło do uciśnięcia serca przez wylaną do osierdzia krew, i dla tego też wymagają możliwie pośpiesznej pomocy operacyjnej. W podobnym przypadku, jakkolwiek przystąpiono po upływie czterech godzin od zranienia do zabiegu, można było uratować chorego, gdyby nie warunki zewnętrzne, które znakomicie utrudniały wykonanie szybkie zabiegu; nadmierna utrata krwi, zdaniem L., była przyczyną śmierci w opisanym przypadku.

(Streścił mówca).

Kryński. Przypadek L. istotnie jest niezwykły. Zgadzając się z postępowaniem L. w danym przypadku, K. zapytuje, czy nie znaleziono w sercu drugiej rany, której stwierdzenie bynajmniej do łatwych nie należy. Ciekawy byłby też wynik badania zwłok.

Leśniowski przypuszcza, że drugiej rany nie było, ponieważ po zeszyciu rany serca krwawienie ustało zupełnie. Co się tyczy wyniku badania zwłok, to było ono wykonane przez lekarza miejskiego odpowiedniego cyrkułu tak, że L. nie mógł być przy tem obecny, i dla tego nic o tem powiedzieć nie może.

D. N.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie d. 24 czerwca 1910 r.

1. *Zaborowski* przedstawił chorą 20 lat niezamężną, która w celu wywołania poronienia udała się do znachora, ten zaś użył jakiegoś środka przyżegającego, następstwem czego było bliznowate zwężenie pochwy; ciąża jednakże utrzymała się. Stan chorej w chwili przybycia do przytułku przedstawiał się w sposób następujący: pochwa na całej swej przestrzeni zwężona i zwyrodniała bliznowato; na głębokości 6—7 ctm. zarośnięta jest zupełnie z wyjątkiem małego otworu, przepuszczającego zaledwie cienki cewnik. Z otworu sączy się krwawy płyn, podobny do wody płodowej. Przez otwór zgłębnik, jak przez otwór przepony, przenika do jamy obszerniejszej, w której koniec jego na przestrzeni 3—4 ctm. porusza się swobodnie. W jakim stosunku do przepony znajduje się część pochwowa, określić nie było można. Bóle o typie wyraźnie dętych bólów powtarzają się co kilka minut, główka w miednicy małej. Bliznowata przepona w pochwie napina się podczas skurczów, czy dzieje się to jednak pod wpływem na-

pierającej głowy, trudno określić. Na zgłębniku żłobkowanym, wprowadzonym do otworu, przeponę bliznowatą nacięto na krzyż, co pozwoliło wprowadzić do otworu palec i wyczuć grubość przepony. Chrząstkowata blizna grubości, mniej więcej, 1 ctm. biegnie, jak pierścień, dookoła światła pochwy i rozlewa się szerzej na jej przedniej ścianie, gdzie rozszerza się do połowy pochwy w kierunku cewki, schodząc, jak pasmo, które zmniejsza podatność i rozciągliwość kanału. Ruchomość blizn wskazuje, że z kośćmi nigdzie zrośnięte nie są. W otworze po za przeponą wyczuwa się głowę płodu. Częściowo nożem, częściowo nożyczkami pierścieniowatą bliznę wycięto, schodząc aż na przednią ścianę pochwy. Tkanki, oswobodzone z bliznowatych więzów, odzyskały w znacznym stopniu swą rozciągliwość i w otworze na przestrzeni rubla srebrnego ukazała się główka płodu. W rozciągających się tkankach jeszcze łatwiej można było odszukać i wyosobnić blizny, co w znaczniejszym jeszcze stopniu przywróciło podatność tkanek i pozwoliło główce wejść w sferę bliznowatego zwężenia. Ze względu na niedonoszony płód VIII m.—kleszcze. Płód żywy. Żadnych dalszych pęknięć nie zauważono. Część pochwowa wciągnięta była w sferę zbliznowacenia. W celu odprowadzenia wydzieliny — sączek gumowy, otoczony gazą jodoformową.

Obecnie upłynęły 4 tygodnie od porodu. Rany w pochwie zabliźniają się, powodując jednocześnie zwężenie tejże.

2. Następnie ***Zaborowski*** przedstawił drugą chorą F. R., lat 18, dziewicę z przerostem szyi macicznej i opuszczeniem macicy.

W rozprawach odnośnie I-go przypadku Cykowski przytacza własny przypadek zwężenia ad maximum pochwy, w którym dokonał klasycznego cięcia cesarskiego.

W zasadzie Cykowski jest zdania, iż w razie zwężenia pochwy na skutek rozległych i głębokich blizn należy bezwarunkowo oddać pierwszeństwo cięciu cesarskiemu przed drogą naturalną. Dzięki cięciu cesarskiemu unikamy przedewszystkiem niebezpieczeństwa śmierci płodu, o którą zawsze tak łatwo w razie rozwiązywania przez pochwę, nie mówiąc już o niepewności, czy wogóle uda nam się tą drogą poród ukończyć.

Z drugiej strony poród przez pochwę może zawsze — w tych warunkach — spowodować ciężkie kalectwo matki na skutek przetok, jakie w następstwie wytworzyć się mogą.

Nie da się również zaprzeczyć, iż w przypadku znaczniejszego zwężenia pochwy częstokroć nie sposób właściwie orzec, jak rozległa jest blizna, w jakim znajduje się stosunku do moczowodu i t. d. Już z tych względów rozwiązywanie w tych razach przez pochwę musimy uznać za ryzykowne a co najmniej — za operowanie po omacku, na ślepo.

Zresztą i obawa o większą jakoby łatwość zakażenia w razie operowania przez brzuch jest — przy dzisiejszym sposobie przygotowywania chorej do zabiegu — nieuzasadniona. Nawet i w tych przypadkach, gdy mamy w pochwie bliznę niezbyt rozległą, niejednokrotnie przekonamy się, iż wydobycie żywego płodu jest i tutaj niekiedy niemożebne i — niestety — będziemy zmuszeni uciec się do wymóżdżenia płodu.

Co zaś do przyszłości pacyentki, przedstawionej na posiedzeniu, to

jest ona jasna: jeżeli dotąd chora miała pewne zwężenie pochwy, to obecnie zwężenie to wystąpi w tym samym, lub jeszcze większym stopniu.

Huzarski przytacza kilka przypadków ze szpitala żydowskiego i nadmienia, że istnieje stopniowanie w zwężeniach pochwy, i że niektóre zwężenia dają się rozszerzyć wprost palcem. Co się tyczy omawianego przypadku, zgadza się z Zaborowskim, gdyż tutaj wobec niezbyt dużego zwężenia można było iść drogą przez pochwę.

Neugebauer wyraża zdanie, że tutaj robić nic nie należy, gdyż przeszkadza blizna, i że żadna implantacya nie da wyniku.

Odnośnie II-go przypadku Stankiewicz opowiada o przypadku, gdzie, pomimo poprzednio wykonanej colporrhaphia posterior, nastąpiło wypadnięcie pochwy i macicy. Stankiewicz wtórnie wykonał colporrhaphiam anteriorem et posteriorem et ventrofixationem z wynikiem dodatnim, radziłby więc i w przypadku Zaborowskiego ventrofixationem i zeszycie dźwigaczów odbytnicy.

Altkaufer obserwował w r. 1900 przypadek następujący:

Do kliniki prof. F. w szpitalu Ś-go Ducha przybyła służąca W., lat 18; budowa wyjątkowo dobra. Miednica szeroka. Błona dziewicza nienaruszona w kształcie mankieta. Zupełne wypadnięcie pochwy i macicy. Nigdy przedtem nie chorowała. Wypadnięcie pochwy i macicy nastąpiło na kilka dni przed przybyciem chorej do kliniki wówczas, gdy gdzieś na wsi podniosła ciężki kubeł z wodą.

Po kolporafii przedniej i tylnej i skróceniu więzów obłych według metody Aleksandra drogą cięcia brzusznego nastąpił w przeciągu krótkiego czasu nawrót. Dopiero, gdy później, po roku, dokonano zeszycia dźwigaczów odbytnicy, cierpienie już się nie powtórzyło.

J. Jakowski zaznaczył, że przed kilku miesiącami była operowana w oddziale ginekologicznym w szpitalu na Pradze chora, lat 23, mężatka, która nigdy w ciążę nie zachodziła. Wypadnięcie macicy było takie samo, jak w przedstawionym przypadku. Odcięcie szyi macicznej według sposobu Borysowicza pomogło chorej w zupełności; wypisała się z założonym wiankiem.

3. *J. Jakowski* przedstawił przypadek nadmiernego rozdęcia pęcherza moczowego u płodu z pokazem samego płodu, fotografii płodu z napełnionym sztucznie pęcherzem moczowym, ew. jamą brzuszną, oraz dokładny rysunek jamy brzusznej płodu z uwzględnieniem głównie rozdętych moczowodów i rozszerzonego pęcherza moczowego. Szczegółowy opis przypadku umieszczony będzie w „Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym".

4. *Neugebauer* demonstrował macicę, amputowaną nadpochwowo z powodu licznych włókniaków. Największy z nich, umiejscowiony w dolnym odcinku tylnej ściany macicy — wielkości przeszło pięści — wypełniał szczelnie zatokę Douglasa i najwięcej dokuczał chorej z powodu mechanicznego zaparcia stolca. Neugebauer dotychczas przy myomatosis uteri daje pierwszeństwo amputacyi przed ekstyrpacyą całkowitą Doyena. Szczególnie w przypadkach, podobnych do dziś przedstawionego, metoda Doyena jest niemożliwa do wykonania, ponieważ główny guz wypełniał zatokę Douglasa był śródścienny, a nie podsurowiczy. Zarzut przeciw amputacyi, polega-

jący na twierdzeniu, że może oną narazić chorą na wtórne cięcie brzuszne w razie wytworzenia się nowego włókniaka, — mało waży na szali, ponieważ jest to fakt w kazuistyce niezmiernie rzadko spotykany. Neugebauer osobiście tylko raz jeden miał z takim przypadkiem do czynienia (Spostrzeżenie z roku 1909, opisane w Przeglądzie — wtórna laparotomia w 10 lat po pierwszej). Drugi zarzut, polegający na twierdzeniu, jakoby często w następstwie amputacyi w kikucie wywiązuje się rak, również nie jest słuszny, ponieważ nexus causalis nie jest dowiedziony. W roku 1907 Lesorbe zestawił 31 takich przypadków, w ścisłem badaniu których okazało się, iż w 8-iu z nich rak szyi istniał już przed operacyą; to samo miało miejsce w jednym przypadku Wintera.

Śmiertelność bezpośrednio po operacyi wynosiła według Troella na 1768 dokonanych amputacyi — 5.1%, na 708 ekstyrpacyi całkowitych — 11%. Amputacya zajmuje mniej czasu, pod względem technicznym jest łatwiejsza i mniej naraża chorą na pokaleczenia niepożądane. Neugebauer osobiście widział zejście śmiertelne po operacyi całkowitej ekstyrpacyi, przez ś. p. Karczewskiego dokonanej; śmierć nastąpiła wskutek nadmiernej utraty krwi podczas operacyi; szyja maciczna przerwała się przy operacyi — przy zwykłej amputacyi takie zdarzenie byłoby wyłączone. O ile Neugebauerowi wiadomo z piśmiennictwa wszechświatowego, do dzisiejszego dnia olbrzymia większość operatorów jako méthode de choix wybiera nizką amputacyę, dodając ewentualnie oddzielne wyjęcie kikuta w razie, gdyby w nim znalazły się jeszcze włukniaki.

(Streścił mówca).

W dyskusyi nad odczytem *Ryłki* zabierali głos następujący mówcy: Zaborowski wyraża zdanie, że w profilaktyce gorączki połogowej dużą rolę powinna odegrać reforma szkół dla akuszerek, jak również gruntowne przygotowanie akuszeryjne lekarzy prowincyonalnych.

Józef Jaworski uważa, że sprawa profilaktyki gorączki porodowej rozpatrywana być może z różnego punktu widzenia. Można mówić o bezgnilnem i przeciwgnilnem postępowaniu osób, obsługujących poród i połóg, o aseptycznem przygotowaniu rodzącej, a również narzędzi, przyrządów, bielizny, potrzebnej podczas porodu i połogu, o traktowaniu właściwem położnicy i t. d. Rozwiązanie jednakże sprawy profilaktyki gorączki połogowej w szerokiem tego słowa znaczeniu, zdaniem mówcy, nastąpić może tylko na drodze zarządzeń natury pedagogicznej socyalno-hygienicznej, a nawet państwowej. Zdaniem Jaworskiego, nasamprzód nastąpić winna nowa organizacya nauki akuszeryi, którą w streszczeniu zawrzeć by można mniej więcej w następujących punktach, wymagających jednakże szerszego omówienia: Lepsze przygotowanie ogólne, właściwiej, tak zwany „egzamin z inteligencyi" osób, chcących uczyć się akuszeryi. Powtóre, czas trwania nauki dla wszystkich szkół najmniej 9 do 12 miesięcy. Po trzecie, ograniczona liczba uczennic w danej szkole. Po czwarte, podział kursu na teoretyczny, przygotowawczy i praktyczny. Po piąte, utworzenie przy szkołach akuszerek polikliniki akuszeryjnej. Po szóste, wydanie podręcznika dla akuszerek

jednego dla wszystkich szkół. W końcu zorganizowanie kursów repetycyjnych, obowiązkowych dla wszystkich akuszerek.

Drugim środkiem w walce z gorączką porodową, zdaniem mówcy, est: nowa organizacya stanu akuszerek, częściowo i u nas już wprowadzona w życie. Organizacya ta polegać winna: na utworzeniu stanowisk akuszerek okręgowych, stworzeniu stanowisk akuszerek miejskich i gminnych z płacą nie mniejszą, niż 360 rb. rocznie; w złączeniu wszystkich akuszerek jednego okręgu w stowarzyszenie; w obowiązkowem ubezpieczaniu ich na wypadek choroby, kalectwa; następnie w pozostawieniu akuszerkom miejskim i gminnym możności zaopatrywania darmo niezamożnych rodzących i położnic w środki przeciwgnilne, opatrunkowe, w pewne przyrządy i t. p.; nareszcie, na szersze uwzględnienie w podręczniku dla akuszerek strony technicznej i prawnej, ścisłem określeniu ich praw i obowiązków, jak również na prowadzenie pod kontrolą lekarzy statystyki obsługiwanych przez nie porodów. Mówca przypomina, że o organizacyi stanu akuszerek, ich stosunku do lekarzy i publiczności mówił obszerniej na życzenie T. Dunina w Stowarzyszeniu lekarzy polskich w odczycie drukowanym p. t.: „Publiczność a akuszerki".

Trzecim środkiem do walki z gorączką porodową będzie otworzenie przytułków położniczych w całym kraju. Z tem łączy się bezpośrednio sprawa szkół dla akuszerek, specyalizowanie się lekarzy w położnictwie i t. d. Kwestye te Jaworski szerzej omówił w osobnym rozdziale dzieła zbiorowego p. t.: „Medycyna w samorządzie".

Za następny środek uważa mówca — popularyzacyę walki z gorączką porodową, jaknajszersze uświadamianie ogółu kobiet naszych o istocie gorączki porodowej i sposobach zapobiegania jej. W tym razie jakaś ulotna broszurka, jak np.: „Jak urządzić pokój porodowy" J. Kuniewicza lub „Dlaczego kobiety chorują", wydana staraniem i nakładem sekcyi naszej, więcej i skuteczniej oddziałać mogą na zmniejszenie się przypadków gorączki porodowej, niż długie o niej traktaty.

Wreszcie, mówca uważa, że jeżeli tworzą się związki, zarządzenia, ligi w celu zwalczania wszystkich chorób zakaźnych, a ostatnimi czasy związki do walki z chorobą raka, to uważałby za najzupełniej usprawiedliwione utworzenie organizacyi, jak u nas, lekarskospołecznej, gdzieindziej nawet państwowej, mianowicie: „Związku do walki z gorączką porodową".

W zakończeniu Jaworski twierdzi, że, aczkolwiek spełnienie tych, wyżej wymienionych, dezyderatów nie od nas wyłącznie zależy, to przyznać znów trzeba, iż wpływ na wprowadzenie ich w życie bez wątpienia mieć możemy i mamy. Pewne z nich dzięki tylko nam weszły już w życie, i stosunki co do walki z gorączką porodową i wogóle organizacyi pomocy położniczej w ostatniem XX-leciu znacznie u nas, na szczęście, poprawiły się, co mówca w innem miejscu („Medycyna w samorządzie") poparł nawet cyframi.

Za najpilniejsze w dobie obecnej mówca uważa wydanie podręcznika dla akuszerek, którego brak gwałtownie odczuwać się daje.

Ryłko w odpowiedzi zaznacza, że niewątpliwie to, co mówili koledzy Zaborowski i Jaworski, jest zupełnie racyonalne i ma doniosłe znaczenie, lecz dotyczy społecznej strony profilaktyki; Ryłko zaś mówił w znacznie skromniejszym zakresie o profilaktyce ściśle lekarskowykonawczej przy łóżku rodzącej; następnie Ryłko jest zdania, że, jeżeli mówić już o tej stronie, to mógłby mówić o reformie nietylko szkół akuszerek, lecz również o reformie przygotowania lekarzy, o tem, że lekarz-akuszer nie powinien zajmować się leczeniem chorób dziecięcych zakaźnych, jako to płonicy, błonicy i t. p.

J. Jaworski w replice nadmienia, że dlatego uważa nową organizacyę w nauczaniu akuszerek oraz reorganizacyę ich stanu za najważniejsze środki profilaktyczne gorączki porodowej, ponieważ, gdy lekarze obsługują zaledwie tysiące rodzących i położnic, to akuszerki spełniają rolę tę przy setkach tysięcy kobiet. Według obliczeń mówcy, w Królestwie Polskiem na 5,793,063 kobiet przypada przeciętnie rocznie 422,090 urodzeń, akuszerek dyplomowanych kraj nasz posiada 1279, z czego wynika, że tylko mała cząstka rodzących korzysta z fachowej pomocy w porodach. Nadto, mówca, gdy przed 7-iu laty dokonywał pracy doświadczalnej nad wyjaławianiem rąk, miał możność przekonania się, co i w odczycie demonstrował, za pomocą metody autoptycznej Haeglera, a również na mocy badań bakteryologicznych, że zarówno uczennice na akuszerki z różnych przytułków położniczych, jak i akuszerki, posiadają bardzo różne wyszkolenie, umiejętność w myciu rąk, a przez to samo wogóle w przestrzeganiu aseptyki osobistej. Tymczasem wszyscy na to się godzimy, że profilaktyka gorączki porodowej jest w rękach akuszerek zarówno w literalnem tego słowa znaczeniu, jako też i w ogólniejszem. Tylko więc reformy natury pedagogicznej, socyalnej i hygienicznej we właściwym zakresie podjęte i przeprowadzone zapewnić mogą istotne i trwałe podstawy dla profilaktyki gorączki porodowej.

BR. SZYBOWSKI.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Od Komitetu organizacyjnego I-go Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego otrzymaliśmy odezwę, z której dowiadujemy się, że Zjazd ten odbędzie się w Łodzi, w d. 4 i 5 czerwca r. 1911-go. Do komitetu organizacyjnego zostali powołani przez towarzystwo lekarskie łódzkie D-rzy: W. Chodźko, Ks. Jesiński, W. Jasiński, M. Kaufman, A Krusche, J. Majbaum, J. Michalski, A. Pański, L. Przedborski, S. Sterling i H. Trenkner. Jak widać z odezwy, „naczelnym tematem zjazdu będzie sprawa sposobów podniesienia żywotności tych ognisk naukowych, jakie mamy w postaci szpitali i towarzystw lekarskich prowincyonalnych, bowiem od paru lat widzi się tam zamieranie lub nawet zupełny zastój". W końcu odezwy zwra-

cają się członkowie Komitetu do towarzystw lekarskich z prośbą o zorganizowanie podkomitetów zjazdowych, złożonych z trzech osób, które to podkomitety będą miały na celu zyskiwanie przelegentów, zyskiwanie członków Zjazdu, i pośredniczenie między Komitetem organizacyjnym i ogółem lekarzy pojedynczych prowincyi Królestwa.

Od Redakcyi pisma „Internacya Medicino" otrzymaliśmy następujące zawiadomienie, które podajemy w brzmieniu dosłownem. „Jako organ oficyalny Wszechświatowego Związku Lekarzów Esperantystów, w skróceniu T. E. K. A., wychodzi obecnie bardzo poważny miesięcznik naukowy pod powyżej podanym tytułem. Międzynarodowy komitet redakcyjny kieruje tem, odpowiadającem współczesnym wymaganiom, czasopismem, godnem czytania przedewszystkiem nie dla wprawy w języku esperanto, ale ze względu na treść. Główna uwaga zwrócona będzie na kwestye międzynarodowe w medycynie. Członkowie Związku TEKA otrzymują miesięcznik bezpłatnie, inni płacą rocznie 3 rb., oddzielny numer kosztuje 30 kop., numer okazowy wysyła się za kupon na odpowiedź".

Redaktorem nowego wydawnictwa jest H. F. Adolf Thalwitzer, pismo wychodzi w Dreźnie (Kötzchenbroda-Dresden).

D. 1-go grudnia 1910 r. Towarzystwo pielęgnowania chorych pod wezwaniem Ś-go Józefa otworzyło w Warszawie przy ul. Hożej № 80 prywatny zakład leczniczy. Zakład może pomieścić 26 chorych; zajmuje on dwa budynki, z których jeden jest nowowzniesiony, budynki są połączone tunelem podziemnym. Zakład posiada dwie sale operacyjne, salę opatrunkową, ambulatoryum, pracownię rentgenowską i t. d. Jeden chory otrzymuje w Zakładzie łóżko wraz z utrzymaniem i opieką lekarską—bezpłatnie. Kuratorem zakładu jest Dr Bronisław Chrostowski, lekarzem naczelnym — Dr Józef Kizler.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

Beck Carl prof. dr. Ueber eine neue Methode der Nephropexie, odbitka z „D. Zeit. f. Chir.", b. 98. 1909.

Tenże. Ueber einige technische Schwierigkeiten, welche der Verlagerungsmethode bei der Hypospadie und anderen Harnröhrenzuständen anhaften, odbitka z „D. Zeit. f. Chir.", b. 102.

Tenże. The renal origin of vesical calculi, odbitka z „Annals of Surgery", december 1905.

Falgowski Władysław. O rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń połogowych, odbitka z „Przegł. Lek.“ 1910.

Hartman. Gynécologie opératoire (do oceny).

Higier H. Nowotwory mózgu i rdzenia, oraz symulujące je stany pokrewne, „Odczyty kliniczne“. Ser. XVIII, Z. 7.

Jaworski Józef. Ueber den Einfluss der Monstruation auf die neuro-psychische Sphäre der Frau, odbitka z „Wien. klin. Woch.“ № 46, 1610.

SPOSTRZEŻONA OMYŁKA.

W streszczeniu zbiorowem D-ra M. Ryłki „Zapobieganie gorączce połogowej“ T. III, Z. III, str. 316, wiersz 3 od dołu wydrukowano; „...lub też nadziewać je na *drewniane* prawidła.“, należy poprawić: „... lub też nadziewać je na *druciane* prawidła“.

Redaktor A. Leśniowski. Wydawca C. Stankiewicz.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17